

Algemene richtlijnen voor suïcidepreventie

Eva Dumon & Prof. Gwendolyn Portzky

Eenheid voor Zelfmoordonderzoek – Universiteit Gent



Co-funded by
the Health Programme
of the European Union

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





Algemene richtlijnen voor suïcidepreventie

Euregenas – Werkpakket 6

Eva Dumon & Prof. Gwendolyn Portzky

Eenheid voor Zelfmoordonderzoek – Universiteit Gent

Oktober, 2013



Inhoudstafel

SAMENVATTING	4
I. INLEIDING	5
• Suïcidepreventie, een taak voor iedereen	5
• Over Euregenas	6
II. BELANGRIJKE FEITEN	9
• Definities	8
• Epidemiologie	8
• Vaak voorkomende mythes	10
• Verklarend model voor suïcidaal gedrag	11
III. KERNSTRATEGIEËN VOOR SUÏCIDEPREVENTIE	13
• Geestelijke gezondheidsbevordering	15
• Aanbieden van hulplijnen en online hulp	17
• Deskundigheidsbevordering	18
• Programma's gericht op kwetsbare groepen	20
• Programma's gericht op hoogrisicogroepen	22
• Beperken van de toegang tot dodelijke middelen	24
IV. SLOTAANBEVELINGEN	25
REFERENTIES	28



Samenvatting

Dit document omvat algemene richtlijnen en strategieën voor zelfmoordpreventie en richt zich tot beleidsmakers die werk willen maken van de preventie van suïcide binnen hun regio, organisatie of terrein. Suïcide kan immers voorkomen worden en is een taak die om een multisectoriële aanpak vraagt.

Het document omvat vier grote delen:

1. De **inleiding**, die de achtergrond meegeeft van deze algemene richtlijnen voor zelfmoordpreventie.
2. **Belangrijke feiten over suïcidaal gedrag**, zoals epidemiologische gegevens, vaak voorkomende mythes en een verklarend model voor suïcidaal gedrag.
3. Een inventaris van **zelfmoordpreventiestrategieën**, respectievelijk met betrekking tot het bevorderen van de geestelijke gezondheid, voorzien van hulplijnen en online hulp, deskundigheidsbevordering, specifieke programma's voor kwetsbare groepen en suïcidale personen en het beperken van de toegang tot dodelijke middelen.
4. **Aanbevelingen** om een regionaal of nationaal actieplan voor zelfmoordpreventie op te stellen.

Dit document werd uitgewerkt door de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek van de Universiteit Gent, in samenwerking met de andere partners betrokken in het Euregenas project en lokale experts op vlak van zelfmoordpreventie.

Deze richtlijnen zijn beschikbaar in vijf talen en zijn te downloaden op www.euregenas.eu



I. Inleiding

Suïcidepreventie, een taak voor iedereen

Suïcide is wereldwijd een ernstig volksgezondheidsprobleem. In Europa doen zich gemiddeld 11,8 suïcides voor op een populatie van 100.000 (Eurostat, 2010). In veel maatschappijen is zelfmoord nog steeds taboe. Steeds meer besteden EU landen intensief aandacht aan de preventie van zelfmoord door het uitwerken van acties, preventieprogramma's en nationale preventiestrategieën om zo de geestelijke gezondheid te bevorderen en het aantal sterfgevallen door zelfmoord te beperken.

De algemene richtlijnen voor suïcidepreventie beschreven in dit document maken deel uit van werkpakket 6 van het Euregenas project (zie verder) en willen bijdragen tot de preventie van suïcidaal gedrag in Europa.

Deze richtlijnen zijn bedoeld voor **beleidsmakers** die werken in sectoren waar zelfmoordpreventie een belangrijke rol speelt. Omdat zelfmoordpreventie vraagt om een sectoroverschrijdende benadering, is dit niet alleen in de gezondheidssector een belangrijk domein, maar ook in sectoren die geen direct verband houden met gezondheidszorg, zoals in het onderwijs, op het werk, in de rechtspraak, in de media... De richtlijnen willen beleidsmakers achtergrondinformatie aanreiken over suïcidaal gedrag en een overzicht geven van strategieën en goede praktijken inzake zelfmoordpreventie. Ze lichten toe hoe beleidsmakers kunnen bijdragen tot de preventie van zelfmoord in hun regio, land of de Europese Unie.

We moedigen beleidsmakers aan om deze richtlijnen te lezen naast het rapport van de Wereldgezondheidsorganisatie: 'Public Health Action for the prevention of suicide: a framework' dat een stapsgewijze benadering meegeeft om strategieën rond zelfmoordpreventie uit te werken (zie www.who.int).

De volgende richtlijnen zijn gebaseerd op een **analyse van de regionale behoeften** van belangrijke stakeholders en een **uitgebreide literatuuranalyse en analyse van goede praktijken** opgenomen in Werkpakket 4 van het Euregenas-project. Daarnaast werd er via 'Web of Science' een internationaal literatuuronderzoek uitgevoerd naar de efficiëntie van suïcidepreventiestrategieën. Tot slot werden er **regionale netwerken** opgericht in vijf deelnemende regio's om de ontwikkeling en implementatie van deze richtlijnen te ondersteunen. De netwerken betrokken beleidsmakers, experts inzake volksgezondheid, belangrijke spelers in de samenleving en stakeholders op het vlak van zelfmoordpreventie.

Over Euregenas

Het **Euregenas-project wil bijdragen tot de preventie van suïcidaliteit** (zelfmoordgedachten, -pogingen en zelfmoord) **in Europa** door strategieën voor zelfmoordpreventie uit te werken en toe te passen op regionaal niveau die in de Europese Unie gebruikt kunnen worden als voorbeelden van goede praktijken. Het project brengt **15 Europese partners** uit 11 Europese regio's samen met uiteenlopende ervaringen op het vlak van zelfmoordpreventie:

- Universitair ziekenhuis Verona (AOUI-VR) – Italië
- Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid (VAZG) – België
- Regio Västra Götaland (VGR) - Zweden
- Romtens Foundation (ROMTENS) - Roemenië
- National Institute for Health and Welfare (THL) - Finland
- Eenheid voor zelfmoordonderzoek, Universiteit Gent (UGENT) - België
- Fundación Intras (INTRAS) – Spanje
- Servicio Andaluz de Salud (SAS) – Spanje
- Fundación Pública Andaluza Progreso Y Salud (FPS) - Spanje
- Mikkeli University of Applied Sciences (MAMK) - Finland
- Technische Universität Dresden (TUD) – Duitsland
- Regional Public Health Institute Maribor (RPHI MB) – Slovenië
- West Sweden (WS) – Zweden
- De Leo Fund (DELEOFUND) – Italië
- Cumbria County Council (CCC) – Verenigd Koninkrijk





Aansluitend bij **het tweede Communautair Actieprogramma op het gebied van gezondheid** bevordert dit project het gebruik van regionaal clustermanagement als innovatieve methode om de bestaande diensten te verbeteren.

Door regionale interventies en campagnes te stimuleren die gericht zijn op zowel doelgroepen als stakeholders buiten de gezondheidszorg **wil dit project het Pact voor geestelijke gezondheid implementeren** met betrekking tot:

- 1) De preventie van zelfmoord;
- 2) Het reduceren van het stigma op geestelijke gezondheidsproblemen;
- 3) Het bevorderen van de gezondheid van jongeren.

Het Euregenas-project streeft de volgende **specifieke doelstellingen** na:

- Goede praktijken van bestaande acties en strategieën rond zelfmoordpreventie op regionaal en lokaal niveau in kaart brengen;
- De behoeften van de stakeholders analyseren;
- Richtlijnen en toolkits rond zelfmoordpreventie uitwerken en verspreiden, alsook strategieën om het bewustzijn te vergroten;
- De technische specificaties ontwikkelen voor een geïntegreerd model voor e-mental health gericht op zelfmoordpreventie;
- De kennis en capaciteiten vergroten van lokale en regionale professionele zorgverleners (psychologen, psychiaters, huisartsen).

Het project wil deze specifieke doelstellingen bereiken aan de hand van **een reeks Werkpakketten (WP's)**. Het Euregenas-project omvat acht werkpakketten: 3 horizontale werkpakketten, respectievelijk over coördinatie, verspreiding en evaluatie en 5 verticale inhoudelijke werkpakketten (zie Figuur 1).

Figuur 1: de inhoudelijke werkpakketten van het Euregenas-project





II. Belangrijke feiten

Definities

Suïcidaal gedrag kan gedefinieerd worden als een complex proces gaande van zelfmoordgedachten, over zelfmoordplannen tot zelfmoordpogingen en zelfmoord. Suïcidaal gedrag is het gevolg van op elkaar inwerkende biologische, genetische, psychologische, sociale, omgevingsgebonden en situationele factoren (Hawton en van Heeringen, 2009).

De definities voor 'zelfmoord' en 'zelfmoordpoging' zijn in de loop der jaren veranderd. De Leo et al. (2004) definiëren **zelfmoord** als: "een ongebruikelijke handeling met een fatale afloop waartoe de overledene, die de mogelijke fatale afloop kende of verwachtte, zelf de aanzet heeft gegeven met de bedoeling om de gewenste veranderingen tot stand te brengen."

Niet-fataal suïcidaal gedrag, inclusief zelfmoordpogingen en opzettelijke zelfverwonding, wordt als volgt gedefinieerd: "een ongebruikelijke handeling met een niet-fatale afloop waartoe de overledene, die verwachtte of het risico nam om te sterven of zichzelf te verwonden, zelf de aanzet heeft gegeven met de bedoeling om de gewenste veranderingen tot stand te brengen" (De Leo et al., 2004).

Epidemiologie

Suicide is wereldwijd een ernstig volksgezondheidsprobleem. In Europa doen zich gemiddeld 11,8 suïcides voor op een populatie van 100.000 (Eurostat, 2010). Zelfmoord treft mensen van alle leeftijden, culturen en bevolkingsgroepen. Mannen plegen tot vijf keer vaker zelfmoord dan vrouwen in alle landen van de Europese Unie (WHO).

Zelfmoordpogingen komen veel vaker voor dan zelfmoord. Onderzoek toont aan dat niet-fatale zelfmoordpogingen minstens 10 keer vaker voorkomen dan fatale zelfmoord. In tegenstelling tot fatale zelfmoordhandelingen komen zelfmoordpogingen het vaakst voor bij adolescenten en neemt het aantal af met de leeftijd (Nock et al., 2008).

Elke zelfmoord en zelfmoordpoging heeft ook een directe of indirecte impact op andere mensen. Het heeft een enorme impact op de nabestaanden, zoals echtgenoten, ouders, kinderen, familie, vrienden en collega's die achterblijven, zowel onmiddellijk als op lange termijn.



Vaak voorkomende mythes

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

Zelfmoord kan niet voorkomen worden

Een van de vaakst voorkomende mythes over suïcidaal gedrag is dat het niet voorkomen kan worden. De meeste suïcidale mensen staan echter met gemengde gevoelens tegenover de dood. Zelfs de meest depressieve personen twijfelen tot het allerlaatste moment tussen leven en een einde maken aan hun pijn. Suïcidale gedachten en plannen zijn vaak ook van voorbijgaande aard.

Met iemand praten over zelfmoord werkt suïcidaal gedrag in de hand

Als iemand zijn zelfmoordgedachten onder woorden brengt, is dat niet zomaar om aandacht te trekken, maar een uiting van pijn die aangeeft dat deze persoon wanhopig is en emotioneel erg lijdt. Praten over zelfmoordgedachten en -plannen werkt de zelfmoordintentie of hopeloosheid niet in de hand. Integendeel, gedachten over zelfmoord openlijk bespreken in een persoonlijk kader kan een efficiënte preventie/therapeutische methode zijn. Praten over zelfmoord kan een leven redden door de persoon aan te moedigen om hulp te zoeken.

Zelfmoord is een normale reactie op een abnormale situatie

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

Mensen die over zelfmoord praten, zullen het niet proberen

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



Verklarend model voor suïcidaal gedrag

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

Risicofactoren omvatten kenmerken die de waarschijnlijkheid vergroten dat een individu zelfmoord zal overwegen, proberen of plegen. Risicofactoren van zelfmoord omvatten: een psychiatrische aandoening (bv. depressie, drugsmisbruik), een somatische aandoening (bv. medische aandoening die chronische pijn veroorzaakt), een overlast van negatieve levenservaringen (bv. een ouder verliezen op jonge leeftijd, misbruik, huiselijk geweld), persoonlijke kenmerken (bv. negatief zelfbeeld, sterke hopeloosheid, impulsiviteit), sociale factoren (bv. ontoereikend sociaal netwerk) en eerder suïcidaal gedrag. Risicofactoren zijn niet statisch en kunnen verschillen van land tot land.

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

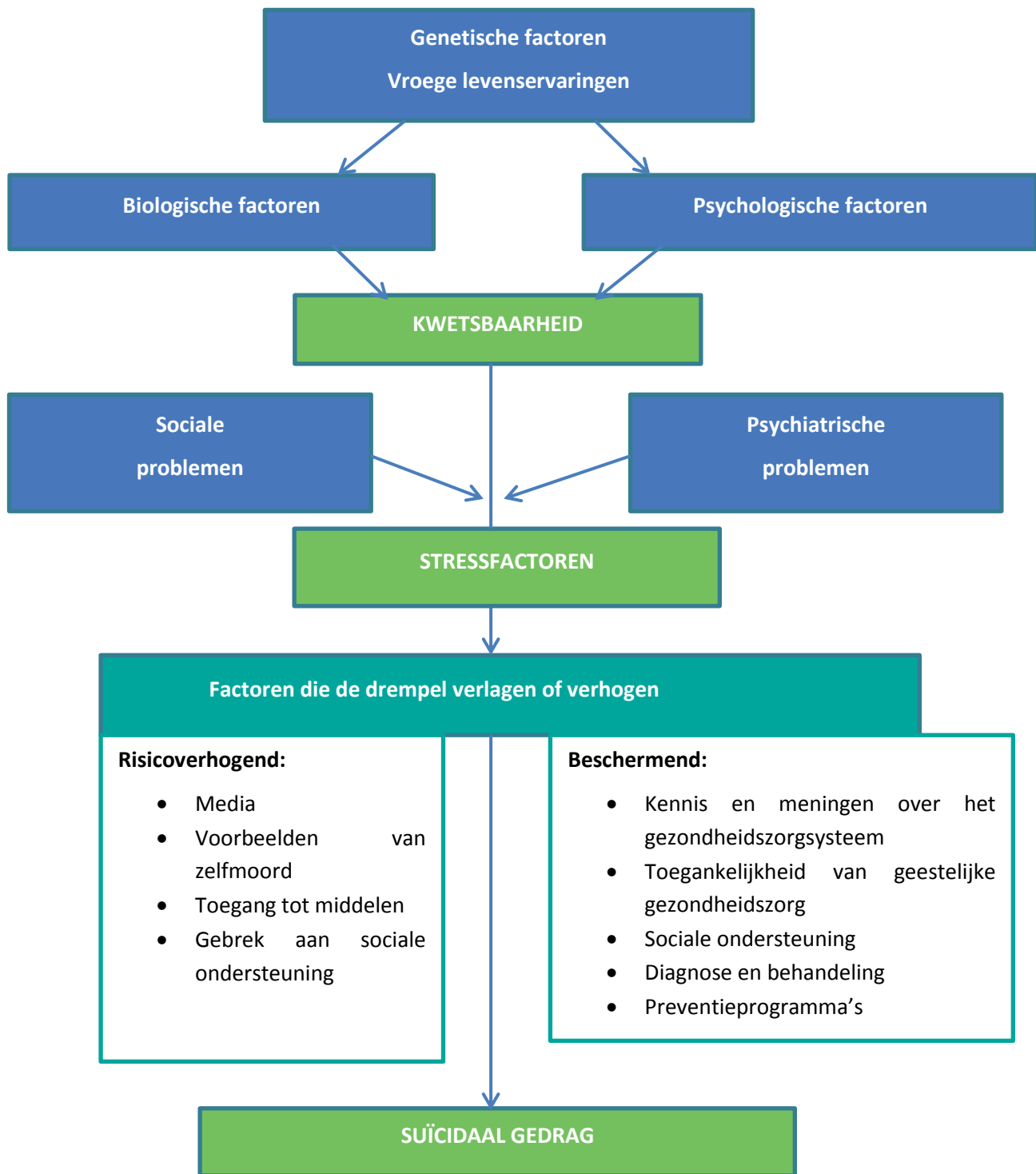
Het **model** weergegeven in Figuur 2 toont een geïntegreerd bio-psycho-sociaal model. Het is gebaseerd op de mogelijke impact van biologische, psychologische, psychiatrische en sociale risicofactoren op de ontwikkeling van suïcidaal gedrag.

Het model belicht drie essentiële factoren:

- **Persoonsgebonden factoren**, zoals genetische, biologische en psychologische factoren (bv. serotonine, persoonlijkheid en cognitieve psychologische stoornissen);
- **Situatiegebonden kenmerken**, zoals depressie en hopeloosheid, beïnvloed door stresselementen in het leven (bv. de economische crisis, sociale problemen) of door een psychiatrische aandoening;
- **Drempelfactoren** die een risicoverhogend of een beschermend effect kunnen hebben. De toegang tot dodelijke middelen kan de drempel tot suïcidaal gedrag bijvoorbeeld verlagen, terwijl een toegankelijk gezondheidszorgstelsel een beschermend effect kan hebben en personen ervan kan weerhouden om suïcidaal gedrag te ontwikkelen.



Figuur 2: Een verklarend model voor suïcidaal gedrag (van Heeringen, 2001)



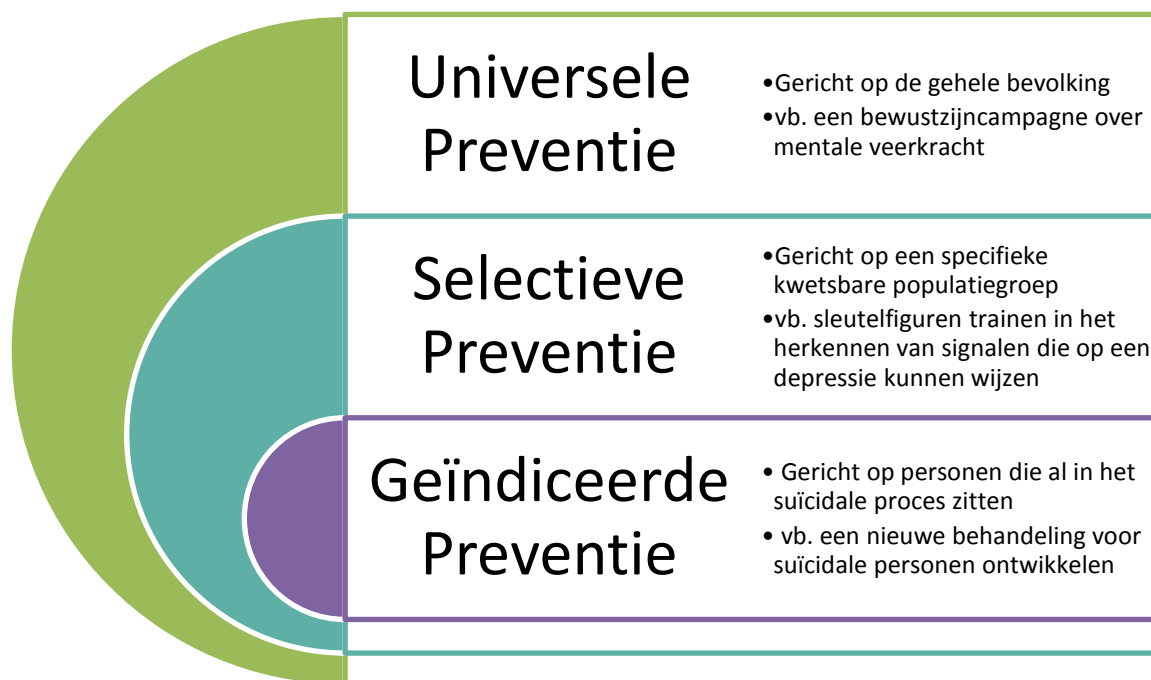


III. Kernstrategieën voor suïcidepreventie

In de voorbije twee decennia werden er heel wat strategieën rond zelfmoordpreventie ontwikkeld en opgezet in Europa. Dit document beschrijft de strategieën die het vaakst gebruikt worden en efficiënt zijn gebleken in het verlagen van de zelfmoordpercentages.

Interventieniveaus

Strategieën voor zelfmoordpreventie kunnen ingedeeld worden in drie niveaus afhankelijk van de bevolkingsgroep waarop ze gericht zijn. Het USI-model (Universal-Selective-Indicated) bakent drie preventieniveaus af: universele preventie, selectieve preventie en geïndiceerde preventie (Gordon, 1983; Nordentoft, 2011). Om een efficiënt zelfmoordpreventiebeleid uit te werken, wordt aangeraden om acties te ondernemen op alle drie niveaus, want de preventie van zelfmoord vraagt om een sectoroverschrijdende benadering met verschillende activiteiten op meerdere interventieniveaus.





Kernstrategieën voor suïcidepreventie

De volgende strategieën worden algemeen gehanteerd in nationale actieplannen rond zelfmoordpreventie in de EU en daarbuiten. De selectie van deze strategieën is gebaseerd op een literatuuronderzoek en een analyse van goede praktijken die uitgevoerd werden in het kader van het Euregenas-project. Daarnaast werd er een internationaal literatuuronderzoek uitgevoerd met behulp van Web of Science (januari 2000 tot april 2013).

De geselecteerde strategieën werken in op verschillende interventieniveaus, van universele preventie over selectieve preventie tot geïndiceerde preventie (zie Tabel 1). Sommige strategieën focussen op één preventieniveau (bv. programma's gericht op kwetsbare groepen focussen op selectieve preventie) en andere combineren meerdere niveaus (bv. bevordering van geestelijke gezondheid kan zowel universele als selectieve preventie omvatten).

Tabel 1 Geselecteerde strategieën en interventieniveaus

STRATEGIEËN	INTERVENTIENIVEAUS		
	UNIVERSELE PREVENTIE	SELECTIEVE PREVENTIE	GEÏNDICEERDE PREVENTIE
1. Geestelijke gezondheidsbevordering	X	X	
2. Hulplijnen en online hulp voorzien		X	X
3. Deskundigheidsbevordering	X	X	X
4. Programma's gericht op kwetsbare groepen		X	
5. Programma's gericht op risicogroepen			X
6. Toegang tot dodelijke middelen beperken	X	X	X



STRATEGIE 1

Geestelijke gezondheidsbevordering

Strategieën om de geestelijke gezondheid te bevorderen, kunnen helpen om zelfmoord te voorkomen omdat deze strategieën er vaak in slagen om factoren, zoals weerstand, sociale inclusie, veilige omgevingen (bv. veilige school- en werkomgevingen), te verbeteren en dit zijn factoren die beschermen tegen suïcidaal gedrag.

Balfour (2007) beschrijft bevordering van de geestelijke gezondheid als: **“het proces om individuen en gemeenschappen in staat te stellen hun leven onder controle te krijgen en hun geestelijke gezondheid te verbeteren. Dit proces is bedoeld om de eigenwaarde, copingvaardigheden en -capaciteiten en ondersteuning door familie en samenleving te verbeteren en de ruimere socio-economische context die de geestelijke gezondheid beïnvloedt te veranderen.”**

De bevordering van de geestelijke gezondheid omvat een hele reeks strategieën die kunnen inwerken op het niveau van het individu, de samenleving of beide:

- Strategieën die gericht zijn op **individuen** trachten de emotionele veerkracht te versterken en de gevoeligheid voor geestelijke gezondheidsproblemen te beperken door persoonlijke vaardigheden aan te leren en eigenwaarde, copingstrategieën, probleemoplossingsvaardigheden en zelfhulp te verbeteren waardoor een individu veranderingen in het leven en stress beter aankan. Voorbeelden van deze strategieën zijn preventieprogramma's in scholen en online zelfhulpmiddelen.
- Op het **niveau van de samenleving** focussen strategieën om de geestelijke gezondheid te bevorderen op een sterkere sociale insluiting en cohesie. Onder meer door het bewustzijn te verhogen, stigmatisatie en discriminatie tegen te gaan en ondersteunende omgevingen te creëren (bv. zelfhulpnetwerken) in verschillende kaders, bv. school, werk, sportclub, buurthuis, bejaardentehuis enz.
-

- Strategieën kunnen ook acties op **meerdere niveaus** combineren. Bewustmakingscampagnes bijvoorbeeld kunnen trachten de attitudes ten opzichte van depressieve aandoeningen te verbeteren (niveau van de samenleving) en personen aan te zetten om hulp te zoeken (individueel niveau). Onderzoek toont aan dat dergelijke campagnes echter slechts een beperkte impact hebben op attitudes ten opzichte van depressieve aandoeningen en geen aanwijsbare directe impact op de daling van de zelfmoordpercentages. Individuen blijken onder invloed van deze campagnes ook niet vaker hulp zoeken of meer antidepressiva gebruiken (Mann et al., 2005; van der Feltz-Cornelis et al., 2011).



STRATEGIE 2

Aanbieden van hulplijnen en online hulp

Strategieën die suïcidale personen meer toegang bieden tot hulp kunnen efficiënt zijn met het oog op zelfmoordpreventie. In de voorbije decennia zijn steeds meer landen en regio's hulp gaan bieden via telefonische hulplijnen en online hulp en dat lijkt een goed kanaal om suïcidale personen te bereiken in aanvulling op de bestaande eerstelijns hulpcentra.

Hulplijnen

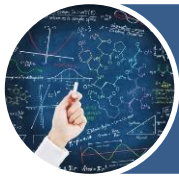
Veel landen beschikken over hulplijnen die noodhulp bieden en specifiek gericht zijn op suïcidale personen. Er is nog weinig onderzoek verricht naar de efficiëntie van deze hulplijnen, maar de meeste studies wijzen op een positief effect (De Leo et al., 2002; Mishara et al., 2007; Kalafat et al., 2007; Leitner et al., 2008). Een online enquête bij personen die naar de Samaritans bellen (nationale hulplijn voor zelfmoordpreventie in het VK), heeft onlangs aangetoond dat de bellers zeer tevreden zijn over de dienst en het contact als nuttig beschouwen (Coveney et al., 2012).

Online hulp

De voorbije tien jaar zoeken mensen ook steeds meer hulp online. Het internet biedt talloze mogelijkheden voor de preventie van zelfmoord. Veel hulplijnen hebben hun diensten uitgebreid met e-mail, chat en hulpverlening op sociale netwerksites. De mogelijkheid om anoniem te blijven en informatie op maat te krijgen, zet mensen aan om hulp te zoeken. Op die manier kan de zogenaamde 'e-mental health' bijdragen om hulp toegankelijk te maken en de drempel naar gezondheidszorg en preventie te verlagen (Christensen et al., 2002; Gilat en Shahrar, 2007).

Binnen het kader van het Euregenas-project werden ethische richtlijnen, kwaliteitscriteria en een e-conceptueel model uitgewerkt voor 'technology based' suïcidepreventie.

[Foto's van FreeDigitalPhotos.net]



STRATEGIE 3

Deskundigheidsbevordering

Deskundigheidsbevordering voor hulpverleners en sleutelfiguren

Professionele hulpverleners en sleutelfiguren in de samenleving opleiden is een vaak gebruikte strategie voor zelfmoordpreventie. Dit gebeurt door opleidingen te voorzien of richtlijnen op te stellen voor deze essentiële spelers.

In het algemeen toont onderzoek aan dat de deskundigheid bevorderen inzake zelfmoordpreventie een efficiënte strategie is (Andriessen en van den Brande, 2001; Capp et al., 2001; Matheson et al., 2005; Ramberg en Wasserman, 2004). Opleidingen en trainingen zijn onder meer efficiënt gebleken in het verbeteren van kennis, houdingen en zelfvertrouwen met betrekking tot zelfmoordpreventie (Brunero et al., 2008; Gask et al., 2006; Hayes et al., 2008; Oordt et al., 2009).

Er kunnen opleidingen aangereikt worden aan diverse doelgroepen. **Huisartsen** opleiden om depressie en suïcidaliteit te herkennen en te behandelen is een van de meest efficiënte strategieën voor zelfmoordpreventie (van der Feltz-Cornelis et al., 2011).

Daarnaast werd ook bewezen dat **verpleegkundigen** (Appleby et al., 2000; Dennis et al., 2001; Fenwick et al., 2004) en **psychologiestudenten** (McNiel et al., 2008) baat hebben bij deskundigheidsbevordering omdat ze zo beter in staat zijn om de risico's in te schatten, de gezondheidszorgbehoeften te evalueren en interventies rond zelfmoordpreventie te plannen.

Maar ook **sleutelfiguren in de samenleving**, zoals leerkrachten, hulpverleners, preventiewerkers, opvoeders en sociaal werkers, kunnen een belangrijke rol spelen in het opsporen van personen die risico lopen en het doorverwijzen van suïcidale personen naar de gezondheidszorg. Leerkrachten en sleutelfiguren uit het jeugdwerk leren hoe ze de waarschuwingssignalen van suïcidaal gedrag kunnen herkennen en hoe ze kunnen tussenkomen en doorverwijzen in noodsituaties is bijvoorbeeld efficiënt gebleken (Chagnon et al., 2007). Sleutelfiguren in de samenleving geven trouwens zelf aan dat ze deze opleidingen noodzakelijk vinden (Hawgood et al., 2008; Palmieri et al., 2008; Ramberg en Wasserman, 2004). Bij het opleiden van leerkrachten wordt wel aangeraden om deze opleidingen te integreren in een ruimer perspectief en beleid inzake geestelijke gezondheid.

[Foto's van FreeDigitalPhotos.net]



Tot slot is deskundighedisbevordering met betrekking tot suïcidepreventie ook nuttig gebleken bij **priesters** (Hegerl et al., 2006), **politieagenten** (Mishara and Martin, 2012; Pinfold et al., 2003; Watson et al., 2004), **apothekers** (Bell et al., 2006) en **gevangenisbewakers** (Pompili et al., 2009).

Deskundighedisbevordering voor journalisten

Systematische evaluaties en meta-analyses over de rol van mediaverslaggeving over zelfmoord bewijzen telkens opnieuw dat mediaverslaggeving over zelfmoord kan leiden tot navolgend suïcidaal gedrag, vooral als er bericht wordt over de zelfmoordmethode of over de zelfmoord van een bekend persoon (Pirkis en Blood, 2001; Sisask en Värnik, 2012; Stack, 2000; Stack, 2005).

Veel landen hebben dan ook richtlijnen en opleidingsprogramma's opgesteld voor journalisten om hen te wijzen op de cruciale rol die ze spelen in de preventie van zelfmoord. We merken echter op dat opleidingen en richtlijnen voor journalisten gemengde resultaten hebben opgeleverd (Goldney, 2005; Mann et al., 2005).

Naast mediarijchten organiseren sommige landen (bv. Australië, België en Denemarken) ook mediaprijzen voor journalisten die op verantwoorde wijze verslag uitbrengen over zelfmoord. Onderzoek toont aan dat mediaprijzen gewaardeerd worden door journalisten en op die manier dus constructief kunnen bijdragen tot de invoering van mediarijchten (Dare et. al, 2011).

Binnen het kader van het Euregenas-project werden specifieke richtlijnen met betrekking tot suïcidepreventie uitgewerkt voor journalisten, schoolbetrokkenen en de werkvloer. Meer info op www.euregenas.eu



STRATEGIE 4

Programma's gericht op kwetsbare groepen

Sommige bevolkingsgroepen lopen meer risico om zelfmoordgedachten en -gedrag te ontwikkelen, bijvoorbeeld nabestaanden, minderheidsgroepen en bepaalde leeftijdsgroepen. Bij het uitwerken van strategieën is het belangrijk om oog te hebben voor deze kwetsbare groepen en aangepaste interventies te plannen.

We merken op dat de onderstaande lijst van kwetsbare bevolkingsgroepen niet exhaustief is en dat het risico om suïcidaal gedrag te ontwikkelen binnen een bepaalde bevolkingsgroep na verloop van tijd kan veranderen onder invloed van culturele of maatschappelijke factoren.

Nabestaanden

Zelfmoord en psychiatrische aandoeningen bij familieleden worden gezien als risicofactoren om zelf suïcidaal gedrag te ontwikkelen. Personen die een familielid of partner verloren hebben door zelfdoding, lopen dan ook meer risico op fysieke en psychologische aandoeningen en om zelf suïcidaal gedrag te ontwikkelen (Beautrais, 2004; Qin et al., 2002).

Diverse landen, waaronder het VK, België en Zweden, hebben preventieacties opgezet voor nabestaanden door netwerken en praatgroepen voor nabestaanden te creëren, door informatie te geven aan nabestaanden over hoe om te gaan met de zelfmoord van een familielid of door een hulplijn te openen voor nabestaanden.

Minderheidsgroepen

Minderheidsgroepen waaronder holebi's en etnische minderheden vormen een kwetsbare groep voor het ontwikkelen van suïcidaal gedrag.

Holebi's lijken meer risico te lopen op geestelijke gezondheidsproblemen, zelfmoordgedachten, drugsmisbruik en opzettelijke zelfverwonding dan heteroseksuelen. Ten minste 16 studies naar lesbische, homoseksuele en biseksuele jongeren hebben gewezen op heel hoge percentages van zelfmoordpogingen, gaande van 20 tot 53 % (Haas et al., 2011; McDaniel, Purcell en D'Augelli, 2001; Savin-Williams, 2001b; van Heeringen en Vincke, 2000). Dit geldt ook voor **transgenders**, waar studies wijzen op hoge percentages van zelfmoordpogingen (Dhejne et al., 2011; Mathy, 2002).

[Foto's van FreeDigitalPhotos.net]



Een Europese multicentrische studie toont aan dat de percentages van zelfmoordpogingen bij **immigranten** in Europa die afkomstig zijn uit andere culturen of uit landen met hogere zelfmoordpercentages ook hoger liggen dan bij de autochtone bevolking (Lipsicas et al., 2011). Sommige landen, zoals Duitsland, hebben dan ook specifieke campagnes gelanceerd gericht op immigranten.

Ouderen en jongeren

Studies die het risico op zelfmoord vergelijken bij verschillende leeftijdsgroepen tonen aan dat het zelfmoordpercentage heel hoog ligt bij ouderen (De Leo and Spathonis, 2004) en dat het percentage van niet-fataal suïcidaal gedrag hoger ligt bij jongeren (Nock et al., 2008).

Een recente analyse van preventieprogramma's gericht op ouderen toont aan dat de meeste (wetenschappelijk onderbouwde) programma's er effectief in slagen om depressieve gedachten en gevoelens, zelfmoordgedachten of zelfmoordpercentages terug te dringen (Lapierre et al., 2011). De meeste programma's trachten de risicofactoren te beperken, bijvoorbeeld door individuen uit hun isolement te halen en de screening en behandeling van depressieve stoornissen te verbeteren. Slechts weinig programma's trachten de beschermende factoren te versterken, door bijvoorbeeld de veerkracht te versterken en het verouderingsproces in een positief licht te stellen. Dit zou een innovatieve en effectieve benadering kunnen zijn (Lapierre et al., 2011).

Programma's rond zelfmoordpreventie gericht op adolescenten, bijvoorbeeld preventieprogramma's in scholen en 'community' programma's, leverden gemengde resultaten op (Mann et al., 2005).

Conclusie

Bij het uitwerken van strategieën voor zelfmoordpreventie wordt ten stelligste aangeraden om aangepaste interventies te plannen gericht op kwetsbare bevolkingsgroepen. Dit kan gaan om:

- de veerkracht van kwetsbare groepen versterken,
- ondersteuning bieden (via praatgroepen, telefonische hulplijnen, hulpverleningsprogramma's, informatiebrochures),
- de toegang tot zorgverlening verbeteren voor kwetsbare groepen,
- de samenleving en hulpverleners in het bijzonder bewust maken en opleiden over kwetsbare groepen.



STRATEGIE 5

Programma's gericht op hoogerisicogroepen

Programma's gericht op risicogroepen hebben als doel om strategieën te ontwikkelen voor de screening, zorg en behandeling van individuen die een hoog zelfmoordrisico lopen. De groepen die het grootste risico lopen om zelfmoordgedachten en -plannen te ontwikkelen zijn zelfmoordpogers en personen met psychiatrische aandoeningen.

De (na)zorg voor zelfmoordpogers verbeteren

Een voorgeschiedenis van zelfmoordpogingen is de sterkste voorspeller voor toekomstig suïcidaal gedrag (Oquendo, Galfalvy, Russo et al., 2004; Tidemalm et al., 2008). Efficiënte nazorgstrategieën gericht op personen die een zelfmoordpoging hebben ondernomen zijn dan ook heel belangrijk.

Onderzoek toont aan dat follow-upcontact met zelfmoordpogers de zelfmoordpercentages kunnen terugdringen. In hun uitvoerig overzicht van preventiestrategieën gericht op follow-upcontacten benadrukten Luxton, June en Comtois (2013) dat herhaaldelijke follow-upcontacten, gaande van telefoongesprekken en postkaarten tot sms'jes en e-mails, een beschermend effect hebben op suïcidaal gedrag.

Betere zorg voor personen met psychiatrische aandoeningen

Zelfmoord heeft meer dan één oorzaak, hoewel tot 90 % van individuen die zelfmoord plegen, voldoen aan de criteria voor een psychiatrische aandoening. Jammer genoeg werd tot 80 % van deze gevallen niet behandeld op het ogenblik van overlijden (Lopez et al., 2006).

Veel psychiatrische aandoeningen verhogen het risico op suïcidaal gedrag, zoals depressie, alcohol- en drugsmisbruik, schizofrenie, bipolaire stoornissen, eetstoornissen en angststoornissen (Hawton en van Heeringen, 2009).

[Foto's van FreeDigitalPhotos.net]



De preventie van zelfmoordpogingen en zelfmoord door middel van aangepaste diagnoseprocedures en behandeling van deze aandoeningen is dan ook een belangrijke prioriteit in klinische omgevingen. Zo werd bijvoorbeeld onweerlegbaar bewezen dat een gepaste preventie en behandeling van depressies en alcohol- en drugsmisbruik de zelfmoordpercentages kan terugdringen (WHO, 2012).

Risicogroepen beter behandelen

Gegevens uit een recente wereldwijde enquête tonen aan dat 44 % van suïcidale mensen in hogelonenlanden geen enkele vorm van behandeling krijgt (Bruffaerts, et al., 2011). Investeren in de farmacologische en psychotherapeutische behandeling van risicogroepen zou een prioriteit moeten zijn in de geestelijke gezondheidszorg.

Veel studies en analyses hebben aangetoond dat **psychotherapie** efficiënt is gebleken voor suïcidale personen (Brown et al., 2005; Guo en Harstall, 2004; Mann en al., 2005). Op dit vlak wordt vooral bewijs geleverd voor de efficiëntie van cognitieve gedragstherapie in het beperken van suïcidaliteit (Wasserman et al., 2012). Gezien we meer en meer in een digitale wereld leven, blijken ook 'technology based' suïcidepreventieprogramma's een veelbelovende strategie. Zo heeft de online behandeling van depressies en suïcidaliteit door **zelfhulpinterventies** zijn eerste stappen gezet en zijn nut nu al bewezen. Een willekeurig gecontroleerd experiment door van Spijker (2012) toonde aan dat mensen met zelfmoordgedachten veel minder geplaagd werden door zelfmoordgedachten, hopeloosheid, zorgen en een slechte gezondheidsstatus nadat ze hadden deelgenomen aan een zelfhulpinterventie. In Nieuw-Zeeland werd een geautomatiseerd interventiespel voor cognitieve gedragstherapie ('SPARX') ontwikkeld voor depressieve adolescenten dat net zo efficiënt is gebleken als een traditionele behandeling (en in sommige gevallen zelfs efficiënter) in het beperken van depressieve symptomen (Merry et al., 2012).

Ook van **farmacologische behandeling** is bewezen dat die bijdraagt tot het verlagen van het zelfmoordrisico bij individuen met diverse geestelijke stoornissen (Mann et al., 2005). Zo staan hogere voorschriftcijfers van antidepressiva (Moller, 2006) en langdurige lithiumbehandelingen (Baldessarini et al., 2006; Guzzetta et al., 2007) in onderling verband met lagere zelfmoordpercentages bij depressieve patiënten. Toch kunnen antidepressiva nadelige effecten hebben bij depressieve jongeren, dus voorzichtigheid is geboden (Stone et al., 2009).



STRATEGIE 6

Beperken van de toegang tot dodelijke middelen

Strategieën bedoeld om de toegang tot dodelijke middelen te beperken, zijn een van de maatregelen voor zelfmoordpreventie waarvoor het sterkste bewijs geleverd werd dat die de zelfmoordpercentages kunnen doen dalen (Mann et al., 2005; Sarchiapone et al., 2011). Een mogelijke verklaring is dat deze strategieën redelijk snel ingevoerd en relatief eenvoudig gemeten kunnen worden, in vergelijking met andere strategieën voor zelfmoordpreventie (Florentine en Crane, 2010).

In hun analyse geven van der Feltz-Cornelis et al. (2011) voorbeelden van interventies om de fysieke toegang tot zelfmoordmethodes te beperken:

- Ontgifting van huishoudelijk gas
- Verplicht gebruik van katalysatoren in motorvoertuigen
- Het gebruik van wapens aan banden leggen via een wapenwetgeving
- Het gebruik van pesticides beperken
- De toegang tot gevaarlijke plaatsen (of zogenaamde 'hot spots') beperken, bv. door veiligheidshelmen te plaatsen op flatgebouwen of risicovolle plaatsen, zoals bijvoorbeeld al gedaan werd bij de Eiffeltoren, de brug in de haven van Sydney en het Empire State Building (Lin en Lu, 2006; Beautrais, 2007)
- Beperkingen op het voorschrijven en verkopen van barbituraten en paracetamol
- Gebruik van nieuwe, minder toxische antidepressiva
- De toegang tot alcohol beperken.

Beperkende methodes zijn niet zonder risico. Door een methode te beperken, kan die vervangen worden door andere zelfmoordmethodes. Echter, zoals Nordentoft (2011) benadrukt: "In de gepaste context, waar vervanging minder aannemelijk is, en in combinatie met psychologische preventie maatregelen, kan de beperking van de toegang tot middelen voor zelfmoord een efficiënte strategie zijn in de preventie van zelfmoord".

[Foto's van FreeDigitalPhotos.net]



IV. Slotaanbevelingen

De voordelen van een nationaal actieplan voor de preventie van zelfmoord

In de voorbije decennia hebben veel landen en regio's uitgebreide regionale en nationale programma's rond zelfmoordpreventie uitgewerkt, waaronder Finland, Zweden, België (Vlaanderen), Denemarken en het VK.

Een nationale strategie kan helpen om de zelfmoordpercentages terug te dringen. Uit een analyse van gegevens tussen 1980 en 2004 konden Matsubayashi en Ueda (2011) afleiden of er een beduidend verschil bestond tussen de zelfmoordcijfers voor en na de invoering van een nationaal programma voor zelfmoordpreventie. De analyse wees uit dat de algemene zelfmoordpercentages daalden na de invoering van een nationaal programma voor zelfmoordpreventie.

In het verslag 'Public Health Action for the prevention of suicide: a framework' beschrijft de WHO de **kernelementen van een nationale strategie voor zelfmoordpreventie**. Ze benadrukken het belang van:

- Duidelijke doelstellingen
- Een duidelijk beeld van risico- en beschermende factoren
- Effectieve interventies
- Preventiestrategieën op verschillende niveaus
- Een betere registratie van gevallen en meer onderzoek
- Opvolging en evaluatie.

Het Vlaams actieplan Suïcidepreventie hanteert daarnaast ook de volgende criteria om interventies te selecteren:

- Suïcidespecificiteit van de interventies
- Kosteneffectiviteit van de interventies
- Kwaliteit van evidentie van de interventies
- Implementeerbaarheid van de interventies.



Een actieplan moet bovendien sectoroverschrijdend zijn omdat zelfmoordpreventie een belangrijke kwestie is binnen en buiten de gezondheidssector. Een gezamenlijke numerieke gezondheidsdoelstelling (bv. streven om het zelfmoordcijfer met een bepaald percentage te verlagen over een bepaalde periode) kan aanzetten om actie te ondernemen. Tot slot moet specifieke aandacht uitgaan naar de duurzaamheid van de ontwikkelde strategieën en acties.

***“Interventies rond zelfmoordpreventie moeten multimodaal, evidence-based en gestuurd zijn door specifieke toetsbare hypothesen en geïmplementeerd worden bij voldoende grote groepen om algemene en betrouwbare resultaten te bereiken.”
(Mann et al., 2005)***

De nood aan onderzoek

Er moet meer onderzoek verricht worden in het domein van zelfmoordpreventie. We raden dan ook sterk aan om onderzoek op te nemen in een preventiestrategie. Onderzoek kan helpen om onze kennis te vergroten over:

- De epidemiologie van zelfmoord en zelfmoordpogingen
- Risico- en beschermende factoren van suïcidaal gedrag
- De neurobiologie van suïcidaal gedrag
- De efficiëntie van preventiestrategieën en -acties.

Meer onderzoek op lokaal en regionaal niveau wordt eveneens aangemoedigd, want socioculturele factoren kunnen zelfmoordgedachten sterk beïnvloeden.

Online bibliotheek van Euregenas

In het kader van Werkpakket 4 van het Euregenas-project werd een online bibliotheek samengesteld. De online bibliotheek met literatuur en goede praktijken geeft een uitgebreid en up-to-date overzicht van de huidige situatie op het vlak van zelfmoordpreventie in de Europese Unie.

www.euregenas.eu/online-library



Links

Op de websites van de Wereldgezondheidsorganisatie en de International Association for Suicide Prevention is meer (internationale) informatie te vinden over zelfmoordpreventie.

WERELDGEZONDHEIDSORGANISATIE (WHO)

De WHO leidt en coördineert gezondheidskwesties binnen de Verenigde Naties. De organisatie neemt de leiding op het vlak van globale gezondheidskwesties, stelt de agenda voor gezondheidsonderzoek op, legt normen en standaarden vast, geeft evidence-based beleidsadvies, verleent technische ondersteuning aan landen en volgt en evalueert gezondheidstrends. De WHO beschikt over vele resources op het vlak van zelfmoordpreventie.

www.who.int

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR SUICIDE PREVENTION (IASP)

IASP is een niet-gouvernementele organisatie die officiële banden heeft met de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) op het vlak van zelfmoordpreventie. De organisatie zet zich in om suïcidaal gedrag te voorkomen, de effecten te verlichten en een forum te verschaffen voor de academische wereld, professionele hulpverleners, crisiswerkers, vrijwilligers en nabestaanden. IASP werd in 1960 opgericht door wijlen Professor Erwin Ringel en Dr. Norman Farberow en bestaat uit professionals en vrijwilligers uit meer dan 50 landen.

Op 10 september organiseert IASP elk jaar de 'World Suicide Prevention Day', een gelegenheid voor alle sectoren in de samenleving om samen met IASP en de WHO de aandacht van het publiek te vestigen op de onaanvaardbare last en kosten van suïcidaal gedrag met tal van activiteiten om de kennis over zelfmoord te vergroten en efficiënte preventieacties te belichten.

www.iasp.info

Referenties

Andriessen, K., & Van den Brande, J. (2001). Youth suicide prevention and intervention skills: training of key persons. In O. Grad (Ed.), *Suicide Risk and Protective Factors in the New Millennium* (pp. 109-113). Ljubljana: Cankarjev dom.

Appleby, L., Morriss, R., Gask, L., Roland, M., Perry, B., Lewis, A., Perry, A., Battersby, L., Colbert, N., Green, G., Amos, T., Davies, L., Faragher, B. (2000). An educational intervention for front-line health professionals in the assessment and management of suicidal patients (the STORM project). *Psychological Medicine*, 30 (4), 805-812.

Baldessarini, R.J., Tondo, L., Davis, P., Pompili, M., Goodwin, F.K., & Hennen, J. (2006). Decreased risk of suicides and attempts during long-term lithium treatment: a meta-analytic review. *Bipolar Disorders*, 8 (5), 625-639.

Balfour, K. & Balfour Consulting Group (2007). *Mental Health Promotion: Evidence Review*. For the BC Ministry of Health.

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

Beautrais, A. (2007). Suicide by jumping. A review of research and prevention strategies. *Crisis*, 28 (suppl. 1), 58-63.

Bell, J.S., Johns, R., & Chen, T.F. (2006). Pharmacy students' and graduates' attitudes towards people with schizophrenia and severe depression. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 70 (4), 77.

Bruffaerts, R., Demyttenaere, K., Hwang, I., Chiu, W.T., Sampson, N., Kessler, R. C., et al. (2011). Treatment of suicidal people around the world. *British Journal of Psychiatry*, 199 (1), 64-70.

Brunero, S., Smith, J., Bates, E., & Fairbrother, G. (2008). Health professionals' attitudes towards suicide prevention initiatives. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15 (7), 588-594.

Bursztein-Lipsicas, C.B., Makinen, I.H., Apter, A., De Leo, D., Kerkhof, A., Lonqvist, J., Michel, K., Renberg, E.S., Sayil, I., Schmidtke, A., van Heeringen, C., Varnik, A., & Wasserman, D. (2011). Attempted suicide among immigrants in European countries: an international perspective. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47 (2), 241-251.

Capp, K., Deane, F.P., & Lambert, G. (2001). Suicide prevention in Aboriginal communities: application of community gatekeeper training. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 25 (4), 315-321.

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

Christensen, H., Griffiths, K.M., & Evans, K. (2002). E-mental health in Australia: implications of the internet and related technologies for policy. ISC Discussion Paper Nr3, Commonwealth Department of Health and Aging, Canberra.

Coveney, C.M., Pollock, K., Armstrong, S., Moore, J. (2012). Callers' Experiences of Contacting a National Suicide Prevention Helpline. Report of an Online Survey. *Crisis*, 33 (6), 313-324.

Dare, A.J., Andriessen, K.A.M., Nordentoft, M., Meier, M., Huisman, A., Pirkis, J.E. (2011). Media awards for responsible reporting of suicide: Experiences from Australia, Belgium and Denmark. *International Journal of Mental Health Systems*, 5:15.

De Leo, D., Dello Buono, M., Dwyer, J. (2002). Suicide among the elderly: the long-term impact of a telephone support and assessment intervention in northern Italy. *British Journal of Psychiatry*, 181, 226-229.

De Leo, D., Burgis, S., Bertolote J.M., Kerkhof, A., Bille-Brahe, U. (2004). Definitions of Suicidal Behaviour. In D. De Leo, U. Bille-Brahe, A. Kerkhof, A. Schmidtke (Eds.), *Suicidal behavior: theories and research findings* (pp. 18-37). Ashland, OH: Hogrefe & Huber.

De Leo, D., & Spathonis, K. (2004). Suicide and suicidal behavior in late life. In D. De Leo, U. Bille-Brahe, A. Kerkhof, A. Schmidtke (Eds.), *Suicidal behavior: Theories and research findings* (pp. 253–286). Ashland, OH: Hogrefe & Huber.

Dennis, M., Evans, A., Wakefield, P., & Chakrabarti, S. (2001). The psychosocial assessment of deliberate self-harm: using clinical audit to improve the quality of the service. *Emergency Medical Journal*, 18, 448-450.

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

Eurostat, statistics 'death due to suicide'. Available on: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/> Accessed September 2013.

Fenwick, C.D., Vassilas, C.A., Carter, H., & Haque, M.S. (2004). Training health professionals in the recognition, assessment and management of suicide risk. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 8, 117-121.

Florentine, J.B., Crane, C. (2010). Suicide prevention by limiting access to methods: A review of theory and practice. *Social Science & Medicine*, 70, 1626–1632.

Gask, L., Dixon, C., Morriss, R., Appleby, L., & Green, G. (2006). Evaluating STORM skills training for managing people at risk of suicide. *Journal of Advanced Nursing*, 54, 739-750.

Gilat, I., & Shahar, G. (2007). Emotional First Aid for a Suicide Crisis: Comparison between Telephonic Hotline and Internet. *Psychiatry*, 70, 12-18.

Goldney, R.D. (2005). A pragmatic review of recent studies. *Crisis*, 26, 128-140.

Gordon, R.S. (1983). An operational classification of disease prevention. Geneva: WHO.

Guo, B., & Harstall, C. (2004). *For which strategies of suicide prevention is there evidence of effectiveness?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report; <http://www.euro.who.int/Document/E83583.pdf>; accessed April 2013).

Guzzetta, F., Tondo, L., Centorrino, F., Baldessarini, R.J. (2007). Lithium treatment reduces suicide risk in recurrent major depressive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68 (3), 380–383.

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

Hawgood, J.L., Kryszynska, K.E., Ide, N., & De Leo, D. (2008). Is suicide prevention properly taught in medical schools? *Medical Teacher*, 30, 287-295.

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

Hayes, A.J., Shaw, J.J., Lever-Green, G., Parker, D., & Gask, L. (2008). Improvements to suicide prevention training for prison staff in England and Wales. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38, 708-703.

Hegerl, U., Althaus, D., Schmidtke, A., & Niklewski, G. (2006). The alliance against depression: 2-year evaluation of a community-based intervention to reduce suicidality. *Psychological Medicine*, 36 (9), 1225–1233.

Kalafat, J., Gould, M., Munfakh, H., & Kleinman, M. (2007). An Evaluation of Crisis Hotline Outcomes. Part 1: Nonsuicidal Crisis Callers. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37 (3), 322-337.

Lapierre, S., Erlangsen, A., Waern, M., De Leo, D., Oyama, H., Scocco, P., Gallo, J., Szanto, K., Conwell, Y., Draper, B., Quinnett, P. and the International Research Group for Suicide among the Elderly (2011). A Systematic Review of Elderly Suicide Prevention Programs. *Crisis*, 32 (2), p 88–98.

Leitner, M., Barr, W., & Hobby, L. (2008). *Effectiveness of interventions to prevent suicide and suicidal behaviour: A systematic review*. Edinburgh, UK: Scottish Government Social Research.

Lin, J.J., & Lu, T.H. (2006). Association between the accessibility to lethal methods and method-specific suicide. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 1074–1079.

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 (1), 32-41.

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

Matheson, F.I., Creatore, M.I., Gozdyra, P., Moineddin, R., Rourke, S.B., & Glazier, R.H. (2005). Assessment of police calls for suicidal behavior in a concentrated urban setting. *Psychiatric Services*, 56, 1606-1609.

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

Matsubayashi, T. & Ueda, M. (2011). The effect of national suicide prevention programs on suicide rates in 21 OECD nations. *Social science & medicine*, 73 (9), 1395-1400.

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

McNiel, D.E., Fordwood, S.R., Weaver, C.M., Chamberlain, J.R., Hall, S.E., & Binder, R.L. (2008). Effects of training on suicide risk assessment. *Psychiatric Services*, 59, 1462-1465.

Merry, S.N., Stasiak, K., Shepherd, M., Frampton, C., Fleming, T., & Lucassen, M.F.G. (2012). The effectiveness of SPARX, a computerised self help intervention for adolescents seeking help for depression: randomised controlled non-inferiority trial. *BMJ*, 344.

Mishara, B.L., Chagnon, F., Daigle, M., Balan, B., Raymond, S., Marcoux, I., Bardon, C., Campbell, J.K., & Berman, A. (2007). Results from a Silent Monitoring Study of Calls to the U.S. 1-800-SUICIDE Network. *Suicide & Life Threatening Behavior*, 37(3), 291-307.

Mishara, B.L., & Martin, N. (2012). Effects of a Comprehensive Police Suicide Prevention Program. *Crisis*, Vol. 33(3), 162–168.

Moller, H.J. (2006). Evidence for beneficial effects of antidepressants on suicidality in depressive patients: a systematic review. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256 (6), 329–343.

Niederkrötenhaler, T., & Sonneck, G. (2007). Assessing the impact of media guidelines for reporting on suicides in Austria: interrupted time series analysis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2007, 41(5), 419-428.

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

Nock, M.K., Borges, G., Bromet, E.J., Cha, C.B., Kessler, R.C., & Lee, S. (2008). Suicide and Suicidal Behavior. *Epidemiologic Reviews*, 30 (1), 133-154.

Nordentoft, M. (2011). Crucial elements in suicide prevention strategies. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 35, 848-853.

Oordt, M.S., Jobes, D.A., Fonseca, V.P., & Schmidt, S.M. (2009). Training mental health professionals to assess and manage suicidal behaviour: can provider confidence and practice behaviors be altered? *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 39, 21-32.

Oquendo, M.A., Galfalvy, H., Russo, S. et al. (2004). Prospective study of clinical predictors of suicidal acts after a major depressive episode in patients with major depressive disorder or bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1433-1441.

Palmieri, G., Forghieri, M., Ferrari, S., Pingani, L., Coppola, P., Colombini, N., et al. (2008). Suicide intervention skills in health professionals: a multidisciplinary approach. *Archives of Suicide Research*, 12, 232-237.

Pinfold, V., Huxley, P., Thornicroft, G., Farmer, P., Toulmin, H., & Graham, T. (2003). Reducing psychiatric stigma and discrimination: evaluating an educational intervention with the police force in England. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38, 337-344.

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

Pompili, M., Lester, D., Innamorati, M., Del Casale, A., Girardi, P., Ferracuti, S., Tatarelli, R. (2009). Preventing Suicide in Jails and Prisons: Suggestions from Experience with Psychiatric Inpatients. *Journal of Forensic Sciences*, 54 (5), 1155-1162.

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

Ramberg, I.L., & Wasserman, D. (2004). Benefits of implementing an academic training-of-trainers program to promote knowledge and clarity in work with psychiatric suicidal patients. *Archives of Suicide Research*, 8(4), 331-343.

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

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

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

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

Stone, M., Laughren, T., Jones, M.L., Levenson, M., Holland, P.C., Hughes, A., Hammad, T.A., Temple, R., & Rochester, G. (2009). Risk of suicidality in clinical trials of antidepressants in adults: analysis of proprietary data submitted to US Food and Drug Administration. *British Medical Journal*, 339.

Tidemalm, D., Langstrom, N., Lichtenstein, P., & Runeson, B. (2008). Risk of suicide after suicide attempt according to coexisting psychiatric disorder: Swedish cohort study with long-term follow-up. *British Medical Journal*, 337.

van der Feltz-Cornelis, C.M., Sarchiapone, M., Postuvan, V., Volker, D., Roskar, S., Grum, A.T., Carli, V., McDaid, D., O'Connor, R., Maxwell, M., Ibelshausen, A., Audenhove, C., Scheerder, G., Sisask, M., Gusmao, R. & Hegerl, U. (2011). Best practice elements of multilevel suicide prevention strategies: A review of systematic reviews. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 32 (6), 319-333.

Vandeurzen, Vlaams Actieplan Suïcidepreventie II 2012 - 2020.

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

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

van Spijker, B. (2012). *Reducing the Burden of Suicidal Thoughts Through Online Self-Help*. Amsterdam: B.A.J. van Spijker.

Watson, A., Corrigan, P., & Ottati, V. (2004). Police officers' attitudes toward and decisions about persons with mental illness. *Psychiatric Services*, 55, 49--53.



World Health Organization (2012). *Public health action for the prevention of suicide: a framework*. Available at www.who.int. Accessed April 2013.

World Health Organization / Europe. Mental health – Data and statistics. Retrieved from <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/facts-and-figures>. Retrieved September 2013.