

SUÏCIDEPREVENTIE BIJ OUDEREN

PRAKTIJKADVIEZEN
VOOR ZORG- EN HULPVERLENERS



SUÏCIDEPREVENTIE BIJ OUDEREN

PRAKTIJKADVIEZEN VOOR
ZORG- EN HULPVERLENERS

© 21 maart 2019 – Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie (VLESP)

Auteurs: Eva Dumon, Saskia Aerts, Ine Rotsaert, Gwendolyn Portzky

In opdracht van en met de steun van de Vlaamse Overheid, in het kader van het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie.

Met dank aan Tine Willems, Nanouschka Verhamme, Kirsten Pauwels, Kees van Heeringen en de leden van de stuurgroep (met betrokkenen vanuit: suïcidepreventiewerking van de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg, VVDG, VVSG, Wit-Gele Kruis, UPC KU Leuven, Zorgnet)

Vormgeving: Charlotte Vander Stichele (Mindbytes)

E-learning: Joke Hollants (Mindbytes)



Een digitale versie van deze adviezen en een educatieve e-learning module is beschikbaar op www.zelfmoord1813.be/sp-reflex

CONTENTS

Inleiding.....	1
DEEL 1 - Zelfmoord bij ouderen: cijfers en factoren.....	3
Suïcidale gedachten en suïcidaal gedrag bij ouderen	3
Risicofactoren en beschermende factoren	6
Het suïcidale proces bij ouderen	10
DEEL 2 - Basisprincipes in de zorg voor suïcidale ouderen	13
Suïcidepreventie is een taak voor iedereen	13
Bewust zijn van de eigen houding	14
Suïcidaliteit behandelen	14
Veiligheid bevorderen	15
Naasten en mantelzorgers betrekken	15
Continuïteit van zorg bewaken	15
DEEL 3 – Zelfmoordgedachten herkennen en bespreekbaar maken.....	17
Screenen op suïcidaliteit	17
Signalen herkennen	18
Signalen bespreken	20
Suïciderisico inschatten	22
DEEL 4 - Psychotherapeutische en neurobiologische interventies	24
Behandelsetting bepalen	24
Eerste begeleidende interventies	25
Psychotherapeutische interventies	28
Neurobiologische interventies	31
DEEL 5 – Aandachtspunten na een suïcidepoging of suicide	36
Eerste opvang van de oudere na een suïcidepoging	36
Verdere opvolging van de oudere na een suïcidepoging	37
Doorverwijzing en ontslag van de oudere na een suïcidepoging	37
Betrekken en opvangen van naasten en nabestaanden	38
DEEL 6 - Preventiestrategieën.....	40
DEEL 7 – Opstellen van een suïcidepreventiebeleid.....	46
Verdere info en ondersteuning	50
REFERENTIES	52

INLEIDING

Suicide bij ouderen: een verborgen thematiek?

Ouderen vormen een belangrijke **risicogroep** voor het ontwikkelen van zelfmoordgedachten en voor het overlijden door suicide. Sterftcijfers in Vlaanderen en daarbuiten tonen dat zelfmoord meer voorkomt bij ouderen van 70 jaar en ouder dan bij andere leeftijdsgroepen. Deze doelgroep verdient dan ook bijzondere aandacht in het beleid en het **Vlaams Actieplan Suicidepreventie**, waarin deze adviezen kaderen.

Ondanks de hoge zelfmoordcijfers, rust er een groot **taboe** op het spreken over en aanpakken van zelfmoordgedachten bij ouderen, zowel vanuit ouderen zelf als vanuit zorg- en hulpverleners. Om dat stigma te doorbreken en zorg- en hulpverleners te ondersteunen bij het herkennen, bespreekbaar maken en behandelen van zelfmoordgedachten bij ouderen, werkte het Vlaams Expertisecentrum Suicidepreventie (VLESP) deze adviezen uit.



Deze adviezen vormen een aanvulling op de **multidisciplinaire richtlijn ‘Detectie en behandeling van suïcidaal gedrag’** die door VLESP gepubliceerd werd (Aerts, Dumon, van Heeringen, & Portzky, 2017). Meer informatie over alle voorhanden richtlijnen en adviezen en een praktijkgerichte online cursus zijn te vinden op: www.zelfmoord1813.be/sp-reflex.

In deze adviezen spreken we over ouderen **ouder dan 70 jaar**, gezien het sterk verhoogde risico op suicide vanaf die leeftijd in Vlaanderen, vooral bij mannen (Agentschap Zorg en Gezondheid, 2018). Wat maakt deze ouderen kwetsbaar? Net zoals bij andere leeftijdsgroepen ontstaan zelfmoordgedachten bij ouderen vanuit een **combinatie van een onderliggende kwetsbaarheid en bepaalde stressfactoren**. Het gaat daarbij steeds om een complexe interactie tussen neurobiologische, psychologische, psychiatrische en sociale factoren. Er bestaat een grote heterogeniteit binnen de ouderenpopulatie, maar iedere oudere ervaart sociale en lichamelijke veranderingen die vaak een verlieservaring met zich meebrengen (bv. overlijden van een dierbare, verhoogde afhankelijkheid van anderen, ...). Kwetsbare ouderen zullen meer gevoelig zijn voor deze verlieservaringen, er een andere betekenis aan geven en sneller geen uitweg of redding meer zien. Het gebrek aan perspectief, hoop en zingeving kan uitmonden in concrete zelfmoordgedachten.

Niet elke oudere die aangeeft levensmoe te zijn of met doodsgedachten of een doodswens zit, heeft echter zelfmoordgedachten. Zelfmoordgedachten zijn van een andere aard en vergen een andere aanpak dan een wens tot euthanasie. Deze adviezen focussen op de

aanpak van zelfmoordgedachten en de **preventie van suicide**. In het eerste hoofdstuk van deze richtlijn worden naast cijfers en risicofactoren dan ook enkele leeftijdsspecifieke kenmerken van het suïcidale proces bij ouderen meegegeven, om het verschil met een algehele levensmoeheid of doodswens te duiden.

De rol van zorg- en hulpverleners

De adviezen uitgewerkt in deze brochure richten zich tot alle zorg- en hulpverleners die in contact komen met ouderen van 70 jaar en ouder, gaande van **verzorgenden in de thuiszorg en thuisverpleegkundigen, maatschappelijk werkers, huisartsen, medewerkers van woonzorgcentra tot hulpverleners binnen de ambulante en residentiële geestelijke gezondheidszorg**. De termen zorgverlener en hulpverlener worden in deze tekst afwisselend gebruikt en wijzen telkens op alle mogelijke betrokken professionelen.

Zorg- en hulpverleners kunnen een belangrijke rol opnemen in de preventie van suicide bij ouderen. Net als bij jongere suïcidale personen, is het suïcidale proces ook bij ouderen immers niet onomkeerbaar en kan er op elk moment ingegrepen worden.

Wat bieden deze adviezen?

Deze adviezen bieden wetenschappelijk onderbouwde informatie en aanbevelingen met betrekking tot de detectie en behandeling van suïcidaal gedrag bij ouderen en kunnen op die manier bijdragen aan de preventie van suicide bij ouderen in de zorgsetting.

De adviezen zijn opgebouwd uit **zeven delen**:

1. informatie over de prevalentie en over factoren die samenhangen met suicide bij ouderen;
2. basisprincipes in de zorg aan suïcidale ouderen;
3. handvatten bij het herkennen en bespreekbaar maken van suïcidaliteit bij ouderen;
4. een overzicht van mogelijke interventies om suïcidaliteit te behandelen bij ouderen;
5. aanbevelingen rond wat gedaan kan worden na een suïcidepoging of suicide van een oudere;
6. veelbelovende preventiestrategieën;
7. advies voor het uitwerken van een suicidepreventiebeleid.

DEEL 1 - ZELFMOORD BIJ OUDEREN: CIJFERS EN FACTOREN

Waarover gaat dit deel?

- Cijfers en achtergrond over suïcides, suïcidepogingen en suïcidegedachten bij ouderen;
- Een overzicht van factoren die een rol spelen in het ontstaan van zelfmoordgedachten en suïcidaal gedrag bij ouderen;
- Kenmerken van het suïcidale proces bij ouderen.

Suïcidale gedachten en suïcidaal gedrag bij ouderen

Sterfte door zelfmoord

Wereldwijd tonen cijfers en studies aan dat een oudere leeftijd samenhangt met hogere zelfmoordcijfers en dat mensen die 70 jaar of ouder zijn de hoogste suïciderates hebben in vergelijking met andere leeftijdsgroepen (Shah, Bhat, Esceduro, & Erlangsen, 2015; World Health Organization, 2014; Wu, Värnik, Tooding, Värnik, & Kasearu, 2014; Zhong, Chiu, & Conwell, 2016). Door de hoge suïdecijfers en de groeiende populatie van ouderen (Conwell, Van Orden, & Caine, 2011), dringen preventieve interventies in deze kwetsbare leeftijdsgroep zich op.

Ook uit Vlaamse cijfers blijkt dat ouderen een verhoogd risico hebben om te overlijden door zelfmoord. Het suïdecijfer is het hoogst op middelbare leeftijd (40 tot 59 jaar) en op oudere leeftijd (75 jaar en ouder). Figuur 1 toont de suïciderates (aantal suïcides per 100.000 inwoners) in Vlaanderen opgesplitst naar leeftijd en geslacht. Uit die figuur blijkt dat het verhoogde suïciderisico vooral op oudere mannen van toepassing is en dat dit risico sterk stijgt naarmate de leeftijd toeneemt.

Figuur 1: Leeftijdsspecifiek suïcidecijfer (per 100.000 inwoners) Vlaanderen 2016, volgens leeftijd en geslacht.



Bron: [Agentschap Zorg en Gezondheid, 2018](#)

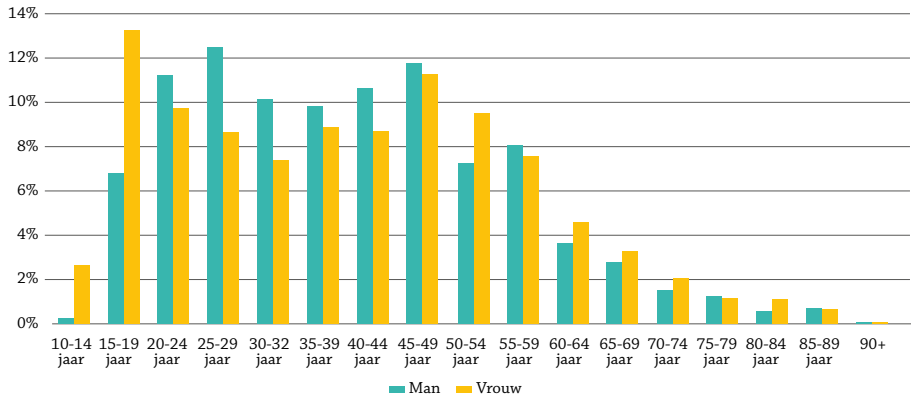
Plaats van overlijden

De meerderheid (70%) van de suïcides bij ouderen (70+) in Vlaanderen vindt **thuis** plaats. Negen procent van de suïcides gebeurt aan een waterloop of -plas (wat meer is dan in andere leeftijdsgroepen), acht procent vindt plaats in ziekenhuizen en zeven procent op het spoor (dit laatste is minder dan in andere leeftijdsgroepen) (Agentschap Zorg en Gezondheid, suïcidecijfers 2015). Suïcides in woonzorgcentra komen minder voor door de aanwezigheid van protectieve factoren zoals een verhoogde waakzaamheid, betere medische supervisie (bv. snellere detectie en behandeling van problematieken) en een dichte opvolging van de bewoners. Daarnaast is het door fysische of psychische redenen vaker moeilijk om een suïcide zorgvuldig te plannen en voor te bereiden in een woonzorgcentrum en is er minder toegang tot middelen (Scocco et al., 2009; Scocco et al., 2006).

Zelfmoordpogingen

Cijfers gebaseerd op aanmeldingen op de spoeddiensten in Vlaanderen uit 2017 geven weer dat ouderen opvallend minder vertegenwoordigd zijn binnen de registraties (zie figuur 2) (Vancayseele, Rotsaert, Portzky, & van Heeringen, 2018).

Figuur 2: Leeftijdverdeling van suïcidepogingen volgens geslacht



Bron: [Vancayseele et al., 2018](#)

Uit epidemiologisch onderzoek van Hawton en Harriss (2008) blijkt dat de verhouding suïcidepoging/suïcide bij ouderen lager ligt dan bij andere leeftijdsgroepen. Bij de ouderen (60 jaar en ouder) werd een verhouding vastgesteld van 8.3/1. Bij jongeren tussen de 10 en 19 jaar is de verhouding 200.3/1, bij de leeftijdsgroepen 20-34 jaar en 35-59 jaar is dit respectievelijk 36.9/1 en 29.1/1. De verhouding bij mannen (60+) is dubbel zo hoog als die bij oudere vrouwen (vrouwen: 12.6/1; mannen: 6/1).

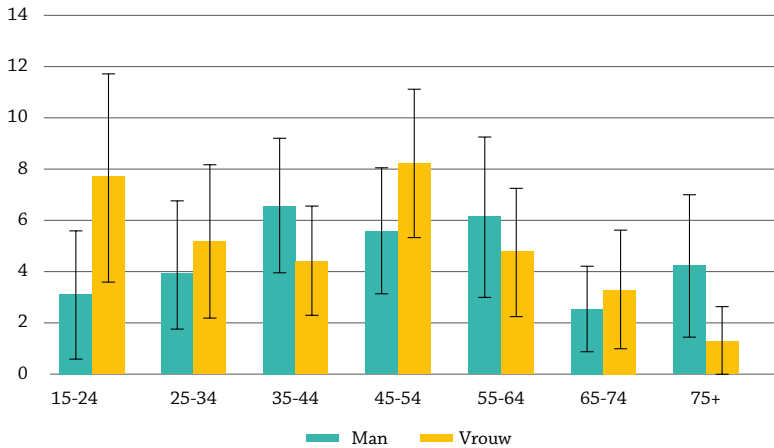
Suïcidepogingen komen dus veel minder voor bij ouderen, wat impliceert dat suïcidaal gedrag vaker een fatale afloop heeft (Draper, 2014; Okolie, Dennis, Thomas, & John, 2017). Bij 82% van de suïcides bij ouderen was de suïcide de eerste vorm van suïcidaal gedrag (Paraschakis et al., 2012). Dit kan verklaard worden door het grotere doodsverlangen en de sterkere suïcidale intentie bij ouderen (Conwell, 2014; Draper, 2014; Lindner, Foerster, & von Renteln-Kruse, 2014; Okolie et al., 2017). Suïcidale ouderen bereiden hun zelfmoord over het algemeen meer voor en kiezen voor dodelijkere methoden (Deuter, Procter, Evans, & Jaworski, 2016; Fiske & O'Riley, 2016; Van Orden & Conwell, 2016). Daarnaast zijn ouderen ook fysiek kwetsbaarder en vaker alleen, waardoor de kans op een fatale afloop groter is (Deuter et al., 2016; Okolie et al., 2017).

Zelfmoordgedachten

Het voorkomen van suïcidale gedachten daalt met de leeftijd. Bij de 65-74-jarige Belgen geeft 8% aan zelfmoordgedachten te hebben gehad in de loop van hun leven en 2.6% had deze gedachten de afgelopen twaalf maanden. Bij 75-plussers is dit respectievelijk 5.1% en 2.4% (Gisle, 2014; zie figuur 3). Belangrijk om op te merken is dat ouderen doorgaans minder

snel geneigd zijn om suïcidale gedachten te uiten in vergelijking met jongere individuen (Duberstein et al., 1999; Van Orden & Conwell, 2016), wat voor een onderrapportage kan zorgen.

Figuur 3: Percentage van de Belgische bevolking (van 15 jaar en ouder) dat suïcidale gedachten geeft gehad in de afgelopen 12 maanden, volgens leeftijd en geslacht, 2013



Bron: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, 2014

Risicofactoren en beschermende factoren

Net zoals bij andere doelgroepen, wordt suïcide bij ouderen gekenmerkt door een complexiteit van factoren die neurobiologisch, psychiatrisch, psychologisch en sociaal van aard kunnen zijn. Om een volledig zicht te krijgen op hoe suïcidaal gedrag ontstaat verwijzen we naar het verklarend model voor suïcidaal gedrag dat terug te vinden is in de richtlijn 'Detectie en behandeling van suïcidaal gedrag' (Aerts et al., 2017). Een beknopte uitleg kan gevonden worden op <https://www.zelfmoord1813.be/feiten-en-cijfers/oorzaken-en-suïcidaal-proces>.

Hier wordt ingegaan op de belangrijkste leeftijdsspecifieke factoren waarvoor zorg- en hulpverleners extra alert dienen te zijn bij ouderen.

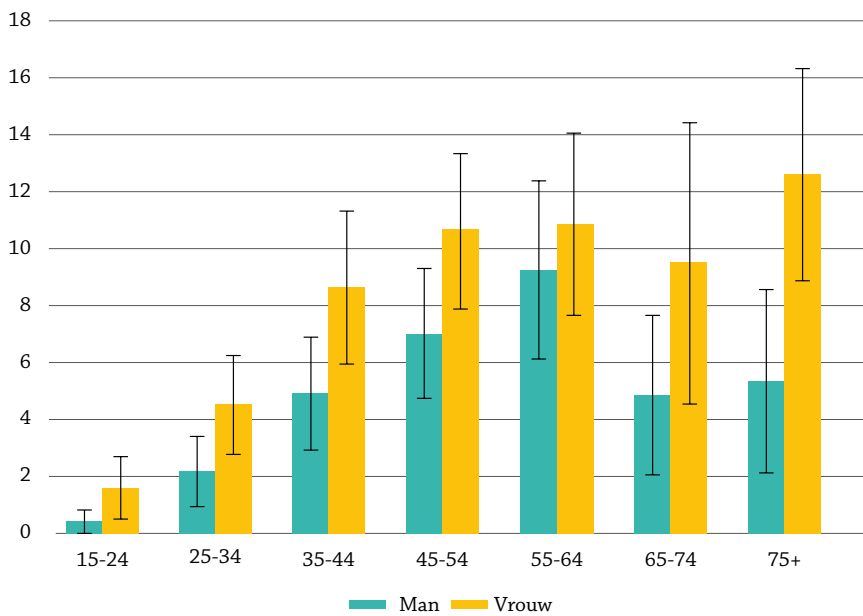
Psychische problemen

Suïcidaliteit bij ouderen hangt, net zoals in jongere leeftijdsgroepen, meestal samen met psychische problemen. De meest voorkomende samenhangende problematiek is **depressie**, en dit verband is bij ouderen nog sterker dan bij jongeren (Conwell et al., 2011;

De Leo, Draper, Snowdon, & Kolves, 2013; Dong, Chang, Zeng, & Simon, 2015; Draper, Almeida, Starkstein, & Lautenschlager, 2014; Draper, 2014; Fiske et al., 2009; Wiktorsson et al., 2018; Xu et al., 2016; Yeates & Thompson, 2008). Het risico op suïcidale ideatie bij depressieve ouderen is het grootst wanneer de depressie zich reeds op jongere leeftijd manifesteerde (Thompson, 2008).

De Gezondheidsenquête wees uit dat 12.4% van de 65-74-jarigen en 15.4% van de 75-plussers in Vlaanderen depressieve gevoelens ervaart (Gisle, 2013). Depressieve kenmerken komen meer voor bij oudere vrouwen dan bij oudere mannen. Ook wanneer specifiek gepolst werd naar depressie, kwam dit het meeste voor bij vrouwen boven de leeftijd van 75 jaar, zie figuur 4.

Figuur 4: Percentage van de Belgische bevolking (van 15 jaar en ouder) dat een depressie heeft gerapporteerd in de afgelopen 12 maanden, volgens leeftijd en geslacht, Gezondheidsenquête, België, 2013



Bron: [Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, 2014](#)

Naast depressie worden ook **alcoholmisbruik** (Conwell et al., 2011; Morin et al., 2013), **angststoornissen en psychotische stoornissen** (Conwell et al., 2011) gelinkt aan suïcide op latere leeftijd. Ook **zelfbeschadigend gedrag** zoals automutilatie of een voorgeschiedenis van één of meerdere **suïcidepogingen** verhogen het risico op suïcide bij ouderen (Morgan et al., 2018).

Ouderen **zoeken echter minder vaak hulp** voor psychische problemen, waardoor extra alertheid aangewezen is (Van Orden & Conwell, 2016).

Verder is er een merkbaar verschil tussen de geestelijke gezondheid van ouderen die **thuis wonen** en ouderen die **in een woonzorgcentrum verblijven**. Ouderen in een woonzorgcentrum ultiemen meer psychische klachten (40%) dan zij die thuis wonen (24%) (Kenniscentrum Woonzorg Brussel, 2014). Dit verschil kan worden verklaard door de hoge aanwezigheid van kwetsbare ouderen in woonzorgcentra, zij zijn namelijk vaker ziek of hebben reeds meer verlieservaringen achter de rug (Dozeman et al., 2013; Snowden & Steinman, 2017).

Psychologische en cognitieve kenmerken

Naast psychiatrische aandoeningen zijn er **psychologische kenmerken** die een impact kunnen hebben, zoals bijvoorbeeld neuroticisme, rigide coping en obsessief gedrag (De Leo et al., 2013; Draper et al., 2014). Ook **cognitieve problemen**, zoals tekortkomingen in het herkennen van emoties bij zichzelf en anderen, en beperkingen in het vermogen beslissingen te nemen, komen vaak voor bij suïcidale ouderen (Clark et al., 2011; Szanto et al., 2012).

Over het algemeen is het suïciderisico bij personen met **dementie** laag, aangezien de cognitieve beperkingen van dementie het plannen en uitvoeren van een zelfmoord hinderen (Draper, Peisah, Snowden, & Brodaty, 2010; Yeates & Thompson, 2008). Net na het krijgen van de diagnose is er echter sprake van een verhoogd suïciderisico. In een vergevorderd stadium komt suïcide bij personen met dementie minder voor, maar ouderen met dementie vertonen wel soms direct of indirect zelfbeschadigend gedrag waarvan de intentie moeilijk in te schatten is.

Fysieke klachten

Naast geestelijke gezondheidsproblemen spelen ook fysieke klachten een rol bij suïcide op latere leeftijd, zoals **pijn**, (chronische) **ziekten** en **invaliditeit** (Draper et al., 2014; Draper, 2014; Erlangsen, Stenager & Conwell, 2015; Van Orden & Conwell, 2011; Wiktorsson et al., 2018; Xu et al., 2016). De ziekte zelf speelt hierbij een rol, alsook de **impact op het dagelijks functioneren** en de bedreiging op de autonomie (Bergh et al., 2003; Conwell et al., 2011). Het risico op zelfmoord wordt groter bij ouderen die te kampen hebben met **meerdere fysieke klachten** (Conwell et al., 2011; Yeates & Thompson, 2008). Een verminderde fysieke gezondheid zorgt er ook voor dat er een grotere kans is dat de oudere sterft aan de gevolgen van suïcidaal gedrag (Draper et al., 2014).

Naast de impact van het fysieke welzijn op het psychische welzijn heeft de aanwezigheid van geestelijke gezondheidsproblemen vaak ook een impact op het fysiek functioneren. Door de geestelijke gezondheidsproblemen die een oudere ervaart, wordt het moeilijker om om te gaan met lichamelijke klachten die gepaard gaan met het ouder worden (Bergh et al., 2003; Conwell et al., 2011; Yeates & Thompson, 2008). Ook kunnen depressieve gevoelens voortvloeien uit de fysieke problemen (Bergh et al., 2003; Draper et al., 2014; Yeates & Thompson, 2008).

Sociale factoren

Het ouder worden gaat vaak gepaard met **stressvolle levensgebeurtenissen en verlieservaringen**, zoals het overlijden van de partner of verhuizen naar een woonzorgcentrum, die ook een impact hebben op het suïciderisico (Bonnewyn et al., 2014; Conwell et al., 2011; Dong et al., 2015; Draper et al., 2014; Draper, 2014; Xu et al., 2016; Yeates & Thompson, 2008). Deze verlieservaringen hebben ook een impact op andere factoren. Zo toonde onderzoek bij Vlaamse ouderen die geïnterviewd werden kort na een suïcidepoging dat hun poging het gevolg was van een verlieservaring die hun leven en zelfbeeld ernstig verstoord heeft (bv. het overlijden van de partner, een conflict met één van de kinderen, een ziekte of fysieke beperking), in combinatie met een gevoel van eenzaamheid en een verlies van controle dat zich uitte in lichamelijke uitputting, slaapproblemen, angst en niet meer helder kunnen denken (Bonnewyn et al., 2014).

Ook sociale factoren zoals het aantal sociale contacten, **het gevoel van sociale verbondenheid, sociale integratie, eenzaamheid en sociale steun** hebben een impact op (geestelijke) gezondheid en suïcidaliteit bij ouderen. Het proces van ouder worden gaat vaak gepaard met een verlies aan mogelijkheden en kansen op maatschappelijke participatie, aangezien ouderen vaak een aantal essentiële rollen verliezen door bijvoorbeeld pensioen, verlies van partner of kinderen die het huis uitgaan. Bijgevolg is de kans groter dat sociale isolatie optreedt bij ouderen (Ashida & Heaney, 2008; Bonnewyn, Shah, Bruffaerts, & Demyttenaere, 2017; Chang, Chan, & Yip, 2017; Fässberg et al., 2012; Holt-Lunstad, Smith, & Layton, 2010). Ook een verminderde gezondheid kan een impact hebben op de sociale situatie van de oudere (Conwell, 2014; Yeates & Thompson, 2008). Uit een Belgisch onderzoek bij 65-plussers blijkt dat 16% van de bevroegde ouderen beperkte sociale steun ervaart en dat 39% aangeeft zich eenzaam te voelen (Koning Boudewijnstichting, 2012). Sociale factoren kunnen echter ook beschermen tegen het ontwikkelen van zelfmoordgedachten, bijvoorbeeld positieve relaties met familie en vrienden, een gevoel van verantwoordelijkheid ten opzichte van familie, gehuwd zijn of een partnerrelatie hebben, meer kinderen en kleinkinderen hebben of sociale cohesie ervaren (Butcher & Ingram, 2016).

Een gevoel van sociale isolatie wordt bovendien niet altijd veroorzaakt door een gebrek aan sociale steun of sociaal contact. Uit onderzoek bij ouderen die een suïcidepoging overleefd hebben blijkt dat de eenzaamheid die zij ervoeren meer een soort van **existentiële eenzaamheid** was: het gevoel er niet bij te horen, niet begrepen te worden en vervreemd te zijn van anderen (Bonnewyn et al., 2014). Vaak zorgde dit gevoel ervoor dat ze zichzelf meer gingen isoleren en terugtrekken. Wanneer ouderen het gevoel hebben ergens bij te horen, verlaagt dit het suïciderisico (Hatcher & Stubbersfield, 2013; McLaren, Gomez, Bailey, & Van Der Horst, 2007; Van Orden et al., 2010).

Een andere sociale factor die meespeelt is het **gevoel anderen tot last te zijn**, wat een psychisch gevolg kan zijn van fysieke beperkingen (Van Orden et al., 2010, Van Orden & Conwell, 2011). Dit gebrek aan autonomie kan een risicofactor zijn voor zelfmoord, waarbij suïcidaal gedrag wordt gezien als een manier om die autonomie te manifesteren en om de veranderingen die gepaard gaan met het ouder worden te vermijden (Bonnewyn et al., 2014; Cheung, Merry, & Sundram, 2015; Kjolseth, Ekeberg, & Steihaug, 2009). Onderzoek van afscheidsbrieven van suïcidale ouderen leggen volgende elementen bloot: het leven als een strijd ervaren, controle over het leven verliezen en het gevoel hebben onzichtbaar of niet verbonden met anderen te zijn (Cheung et al., 2015).

Het suïcidale proces bij ouderen

Een suïcidepoging of suïcide gebeurt, zeker bij ouderen, zelden impulsief en de aanloop ernaartoe wordt dan ook beschouwd als een proces. Vaak is er reeds een hele periode aan vooraf gegaan, beginnend met een eerste gedachte, naar meer concrete plannen, tot het uitvoeren van een suïcide of een suïcidepoging. Meer informatie en een verklarende animatie over het suïcidale proces is te vinden op: <https://www.zelfmoord1813.be/feiten-en-cijfers/oorzaken-en-suïcidaal-proces>.

Het suïcidale proces bij ouderen wordt niet altijd herkend en soms onterecht genormaliseerd, hierna volgen een aantal belangrijke aandachtspunten.

Van doodswens tot zelfmoordgedachten

Een kenmerk van ouder worden is dat de dood dichterbij komt, onvermijdelijker lijkt en vaak meer op de voorgrond komt. Dit impliceert dat suïcidaliteit bij ouderen in een ander perspectief geplaatst dient te worden. Waar suïcidaal gedrag in onderzoek bij de algemene populatie vaak gelinkt wordt aan suïcidale ideatie, zou het kunnen dat bij ouderen niet zozeer zelfmoordgedachten, maar eerder een meer algemeen **doodsverlangen** een doorslaggevende rol speelt (Bonnewyn, 2016).

Vier procent van de ouderen ervaart een doodswens (Rurup, Deeg, Poppelaars, Kerkhof, & Onwuteaka-Philipsen, 2011; Scocco & De Leo, 2002). Bij ouderen die verzorging of sociale hulp krijgen (thuis of residentieel) bedraagt dit 9,5% tot 29,1% (Cheung, Edwards, & Sundram, 2017; O'Riley et al., 2014; Scocco, Fantoni, Rapattoni, de Girolamo, & Pavan, 2009).

Depressieve kenmerken en andere psychische problemen gaan vaak samen met doodsverlangens (O'Riley, Van Orden, He, Podgorski, & Conwell, 2012; O'Riley et al., 2014; Rurup et al., 2011). Tachtig tot honderd procent van de 70-plussers met doodsgedachten, doodsverlangens en suïcidale intenties hebben een diagnose van een psychische problematiek (Linden & Barnow, 1997). Geloven dat het leven zinvol is daarentegen, is gerelateerd met minder depressieve symptomen (Pinquart, 2002) en werkt beschermend tegen suïcidale ideatie (Heisel & Flett, 2004).

Doodswens en suïcidale ideatie zijn met elkaar geassocieerd (Malfent, Wondrak, Kapusta, & Sonneck, 2010; Scocco & De Leo, 2002), maar dit betekent niet dat alle ouderen met een doodsverlangen suïcidaal zijn (Linden & Barnow, 1997; Van Orden & Conwell, 2016). Het is dus van belang om na te gaan of de aanwezige doodswens gepaard gaat met zelfmoordgedachten om te bepalen of een suïcidespecifieke interventie het meest aangewezen is.

Geen consensus over 'balanssuïcides'

Een belangrijke component voor het welbevinden bij ouderen is de mate waarin ze hun leven als zinvol ervaren (Bonnewyn, 2016; Pinquart, 2002). De veranderingen waarmee men geconfronteerd wordt bij het ouder worden zijn voor sommige ouderen dermate ingrijpend, dat men zich afvraagt of het leven nog voldoende kwaliteitsvol is. Men wordt er zich van bewust dat een groot stuk van het leven voorbij is en dat de tijd die nog rest beperkt is. Vaak maken ouderen op dat moment een balans op van hun leven. In dat verband wordt er wel eens van een balanssuïcide of rationele suïcide gesproken. Hierbij veronderstelt men dat sommige ouderen kiezen voor de dood vanuit een redelijke afweging van pro's en contra's. Bijvoorbeeld wanneer ouderen gediagnosticeerd worden met een chronische, terminale en/of degeneratieve ziekte en de dood verkiezen boven een verdere aftakeling (Draper et al., 2010). Hoewel onderzoek aantoont dat een meerderheid van de artsen gelooft dat een suïcide rationeel en dus acceptabel kan zijn (Duberstein et al, 1999), is er **geen consensus over het bestaan en de prevalentie van balanssuïcides** (Conwell & Caine, 1991). In de praktijk is het onderscheid tussen een balanssuïcide en suïcidaliteit als symptoom van een psychische aandoening ook moeilijk te maken. Het opmaken van een levensbalans en het afwegen van pro's en contra's van de dood als uitweg zijn immers eigen aan het suïcidale proces. Onderzoek toont aan dat ook bij ouderen suïcidaliteit bij de overgrote meerderheid gelinkt is aan een psychiatrische stoornis en men pleit er dan ook voor om deze stoornis en

de bijhorende **suïcidaliteit te behandelen en niet te normaliseren** (Barnow, Linden, & Freyberger, 2004; Conwell & Caine, 1991; Waern, Rubenowitz, & Wilhelmson, 2003).

Suïcidaal gedrag vaker fataal

Een opmerkelijk verschil in het suïcidale proces tussen ouderen en jongeren is dat **suïcidaal gedrag** bij ouderen veel **vaker fataal** is en dat ze hun suïcide vaak doelgericht plannen dan jongeren die een poging ondernemen (Conwell et al., 1998; Frierson, 1991; Oude Voshaar et al., 2011). De methoden die ze kiezen zijn vaak dodelijker, ze gaan er meer voor zorgen dat ze niet tegengehouden kunnen worden en ze gaan minder snel over hun zelfmoordgedachten praten, wat kan wijzen op een meer uitgesproken suïcidale intentie (Conwell et al., 1998; Deuter, Procter, Evans, & Jaworski, 2016; Fiske & O'Riley, 2016; Frierson, 1991; Merrill & Owens, 1990). Bovendien blijken factoren die het risico op overlijden door zelfdoding verhogen bij suïcidepogers (alleen wonen, ziekte, psychische stoornis) meer aanwezig te zijn bij oudere suïcidepogers (Merrill & Owens, 1990). Suïcidepogingen bij ouderen hebben dan ook een sterkere voorspellende waarde voor suïcide dan bij jongeren (Merrill & Owens, 1990; Oude Voshaar et al., 2011).

SAMENVATTEND: CIJFERS EN FACTOREN

- **Oudere mannen vormen de grootste risicogroep voor suïcide (in vergelijking met vrouwen en in vergelijking met andere leeftijdsgroepen).**
- **Ouderen hebben het doorgaans moeilijker om suïcidale gedachten te uiten en zoeken minder vaak hulp.**
- **Suïcidaal gedrag bij ouderen is vaker fataal.**
- **Sommige factoren verhogen het risico op suïcidaal gedrag bij ouderen bv. psychische problemen zoals depressie, fysieke klachten en pijn, verlieservaringen en eenzaamheid.**
- **Sommige factoren beschermen ouderen tegen suïcidaal gedrag bv. sociale steun en verbondenheid, aanpak van psychische problemen, optimaliseren van fysiek welbevinden, geloof dat het leven zinvol is.**

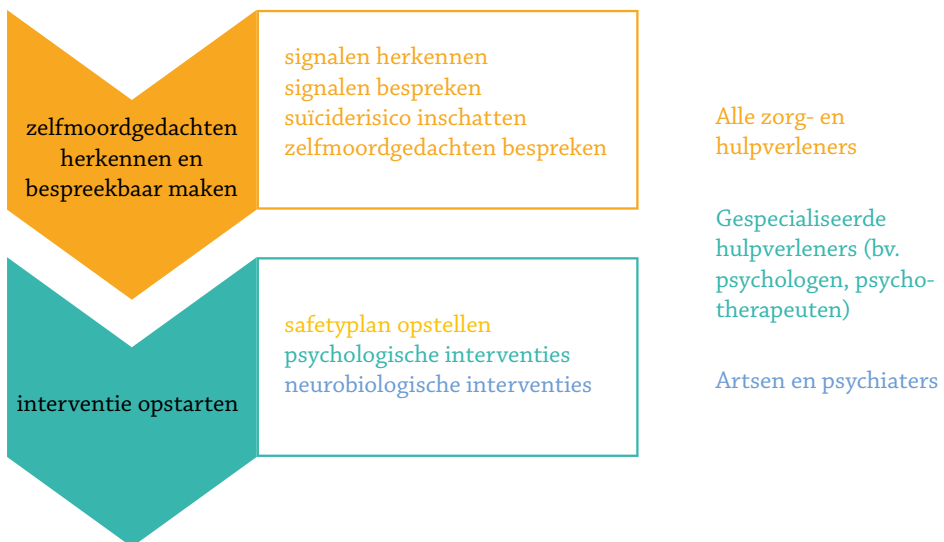
DEEL 2 - BASISPRINCIPES IN DE ZORG VOOR SUÏCIDALE OUDEREN

Waarover gaat dit deel?

Suïcidepreventie is mogelijk en een taak voor elke zorg- en hulpverlener. Dit deel bereidt de zorg- en hulpverlener voor om in gesprek te gaan met ouderen die mogelijk aan zelfmoord denken. Vooraleer men dit doet is het belangrijk stil te staan bij de eigen houding ten aanzien van depressieve gedachten, een doodswens en suïcidaal gedrag bij ouderen. Verder zijn er enkele basisprincipes zoals het belang van het specifiek behandelen van suïcidaliteit, het bevorderen van veiligheid, het betrekken van naasten en het bewaken van de continuïteit van zorg.

Suïcidepreventie is een taak voor iedereen

Vaak wordt suïcidepreventie gezien als een taak voor specialisten, zoals psychiaters of psychologen, en is er weerstand om een gesprek over suïcidaliteit aan te gaan. Het is echter belangrijk dat elke zorg- en hulpverlener alert is voor signalen van suïcidaliteit en hierover in gesprek durft gaan met de oudere. In onderstaande grafiek is te vinden welk type zorg- en hulpverlener een rol kan opnemen in welke stap in de zorg voor suïcidale ouderen.



Bewust zijn van de eigen houding

De eigen houding ten opzichte van doodswensen en suïcidaal gedrag bij ouderen is een belangrijke factor voor de kwaliteit van de geboden hulp. In welke mate is de zorg- of hulpverlener ervan overtuigd dat suïcide te voorkomen is bij ouderen? En wat is de houding ten opzichte van een doodswens en zelfmoordgedachten bij ouderen in vergelijking tot een doodswens en zelfmoordgedachten bij jongeren?

Suïcidaal gedrag wordt bij ouderen vaker als passend bij de leeftijd geaccepteerd (Van Orden & Deming, 2018). Het suïciderisico wordt minder vaak ingeschat bij ouderen, wanneer ouderen een doodswens uiten wordt een gesprek hierover vaker uit de weg gegaan en artsen bieden minder vaak een aanvullende behandeling aan bij suïcidale ouderen dan bij jongeren (Betz et al, 2016; Uncapher, Arean & Uncapher, 2000; Rurup et al., 2005). Onderzoek toont nochtans aan dat zelfmoord ook bij ouderen te voorkomen is.

Men moet zich dus bewust zijn van de eigen visie ten opzichte van suïcidaliteit bij ouderen en daarbij de vraag durven stellen hoe die visie een impact heeft op het contact met suïcidale ouderen.

Een goed contact maken met suïcidale ouderen start met een open houding tegenover doodswensen en suïcidale gedachten bij ouderen. Open kunnen praten met ouderen over de doodswens, suïcidale gedachten en intenties leidt tot een dieper contact en kan zo de therapeutische relatie en de kwaliteit van de zorg versterken (Hunkeler et al., 2006).

Suïcidaliteit behandelen

Wanneer iemand met suïcidegedachten zit, is het aangewezen de aanpak ervan voorop te stellen in de behandeling, ook bij ouderen. Signalen moeten altijd ernstig genomen worden en er moet regelmatig ingegaan worden op de aard en intensiteit van de gedachten. Alleen zo kunnen gerichte interventies uitgevoerd worden. Onderzoek wees immers uit dat zelfmoordgedachten niet automatisch afnemen wanneer enkel de ermee samenhangende psychische problematiek (bv. angst, depressie) behandeld wordt (Cuijpers, de Beurs, van Spijker, Berking, Andersson & Kerkhof, 2013). Daarentegen zijn specifieke interventies gericht op de suïcidaliteit zowel op korte als lange termijn effectief in het reduceren van het suïciderisico (Meerwijk, Parekh, Oquendo, Allen, Franck, & Lee, 2016).

Veiligheid bevorderen

Suïcidedachten gaan altijd gepaard met een suïciderisico. Bij ouderen is het risico op een fatale afloop zelfs groter dan bij andere leeftijdsgroepen. Het is noodzakelijk om samen met de patiënt maatregelen te bespreken om de veiligheid te bevorderen en zo het risico te doen dalen. Dit kan op verschillende niveaus:

- **Zorginstelling:** indien de oudere in een ziekenhuis of woonzorgcentrum verblijft, is verhoogd toezicht en controle op medicatie-inname aanbevolen. Daarnaast dient de instelling ook op vlak van infrastructuur een veilige omgeving te zijn. Aanbevelingen hierrond en een checklist zijn te vinden in de 'Multidisciplinaire richtlijn voor de detectie en behandeling van suïcidaal gedrag' (Aerts et al., 2017).
- **Nabije omgeving:** ook de naasten en mantelzorgers van de patiënt, de huisarts en andere zorg- en hulpverleners kunnen en moeten betrokken worden om de veiligheid te bevorderen. Met naasten en mantelzorgers is het onder meer goed om te bespreken hoe zij erop kunnen toezien dat de patiënt zich niet te vaak afzondert en dat medicatie thuis veilig opgeborgen wordt.
- **Individueel niveau:** de patiënt dient centraal te staan in het zoeken naar hoe de omgeving veiliger kan gemaakt worden. De autonomie en de verantwoordelijkheid van de oudere zelf moeten hierbij gestimuleerd worden. Het opmaken van een safety plan kan in deze context helpen (zie verder in deel 4).

Naasten en mantelzorgers betrekken

In de zorg voor suïcidale ouderen is het aangewezen om in de mate van het mogelijke naasten van de oudere en mantelzorgers te betrekken, mits toestemming van de oudere en mits voldoende draagkracht van de naasten zelf. Door naasten te betrekken wordt de oudere uit zijn of haar isolement gehaald.

Belangrijk hierbij is dat de naasten erkend worden in hun betrokkenheid en ondersteund worden in hoe zij met deze doodswens kunnen omgaan (Van Hemert et al., 2012). Betrekken van familie, vrienden of andere betrokken zorg- en hulpverleners kan op elk moment in de begeleiding: van het in kaart brengen van risicofactoren, over het bespreken van veiligheidsmaatregelen, medicamenteuze of psychotherapeutische interventies, tot het bespreken van mogelijkheden tot nazorg (Aerts et al., 2017).

Continuïteit van zorg bewaken

Ook bij ouderen is het belangrijk dat ze gedurende het hele traject nauw opgevolgd worden en dat er voldoende samenwerking en informatie-uitwisseling is tussen verschillende behandelaars en andere betrokkenen.

Eerst en vooral betekent dit een goed contact met een **dichte opvolging** van de patiënt. Onderzoek toonde aan dat het houden van een dicht contact met de oudere, bijvoorbeeld via regelmatige gesprekken, telefonisch contact of via een laagdrempelige crisislijn, de wanhoop, depressie en suïcidaal gedrag bij ouderen deed verminderen (De Leo, 2002; Fiske & Arbore, 2001).

Daarnaast is het bij ouderen extra belangrijk om **blijvend alert** te zijn voor suïcidale gedachten en gedrag, niet enkel aan het begin van een interventie of behandeling, maar ook tijdens en zelfs nadien bij follow-up (Waern et al., 1999). Sommige stressoren zoals afhankelijkheid of chronische pijn blijven immers vaak onopgelost waardoor de oudere patiënt in een risicozone blijft.

Een goede samenwerking tussen zorg- en hulpverleners is cruciaal, zeker wanneer verschillende interventies gecombineerd worden. De zogenaamde **'collaborative care'** modellen vormen hiervoor een goed praktijkvoorbeeld: ze blijken goed te werken bij ouderen en een goede impact te hebben op zowel hun mentale als fysieke gezondheid (Mitchell & Harvey, 2014). Op deze modellen wordt ingegaan in het deel dat gewijd is aan interventies.

SAMENVATTEND – AANBEVELINGEN

Willen we een goede zorg verstrekken aan ouderen met suïcidegedachten, dan gelden volgende basisaanbevelingen:

- **Wees bewust van de eigen houding ten opzichte van suïcide bij ouderen.**
- **Maak van het specifiek behandelen van zelfmoordgedachten een prioriteit.**
- **Zorg voor een veilige en betrokken omgeving voor suïcidale ouderen.**
- **Betrek de naasten en mantelzorgers van de suïcidale oudere bij de begeleiding.**
- **Zorg voor een continue opvolging van de suïcidale oudere en voor een goede informatie-uitwisseling tussen de betrokken zorg- en hulpverleners.**

DEEL 3 – ZELFMOORDGEDACHTEN HERKENNEN EN BESPREEKBAAR MAKEN

Waarover gaat dit deel?

Hoe merkt men aan een oudere dat die mogelijk aan zelfmoord denkt? Welke signalen zijn er en hoe kunnen die bespreekbaar gemaakt worden? Wat als de oudere inderdaad suïcidaal blijkt te zijn? Hoe kan over een moeilijk thema als zelfmoord gepraat worden en hoe kan de ernst van de situatie ingeschat worden? Dit deel biedt antwoorden op bovenstaande vragen.

Eerstelijns hulpverleners zoals de huisarts of thuisverzorgers spelen een centrale rol in het detecteren en bespreekbaar maken van suïcidaliteit. Zij zijn immers vaak de eersten die aangesproken worden door ouderen wanneer het niet goed gaat of signalen opmerken. Vaak is het echter niet meteen duidelijk dat deze oudere aan zelfmoord denkt. Onderzoek toont aan dat iets meer dan de helft van de ouderen die overlijden door zelfmoord in de maand voor hun overlijden contact heeft gehad met een eerstelijns zorgverlener (Luoma, Catherine, Martin, Jane, & Pearson, 2002; Waern, 2002), maar dat suïcidaliteit zelden besproken werd tijdens dit contact (Waern et al., 1999).

Bij het **herkennen en bespreekbaar maken** van suïcidaliteit dient er rekening gehouden te worden met leeftijdsspecifieke signalen van zelfmoordgedachten, het doodskoncept van ouderen dat suïcidaliteit in een ander perspectief plaatst en de moeilijkere bespreekbaarheid van suïcidaliteit.

Screenen op suïcidaliteit

Hoewel suïcide relatief gezien het meest voorkomt bij ouderen, komt het gelukkig nog steeds slechts bij een heel kleine minderheid van de ouderenpopulatie voor. De volledige populatie ouderen standaard screenen op suïcidaliteit is dan ook niet nuttig. Bij hoog-risicogroepen, zoals ouderen waarbij verschillende risicofactoren en symptomen van depressie voorkomen (bv. in psychiatrische afdelingen), moeten zelfmoordgedachten proactief bevraagd worden. Hierbij kan niet op screeningsinstrumenten vertrouwd worden, maar moet het gesprek met de oudere aangegaan worden om te onderzoeken of suïciderisico aanwezig is en hoe acuut dat risico is (Nestadt, Triplett, Mojtabai, & Berman, 2018). Actief bevragen leidt niet tot het induceren of verhogen van het suïciderisico.

Signalen herkennen

Ouderen zijn over het algemeen minder geneigd om hun zelfmoordgedachten te uiten dan jongere suïcidale personen, en de signalen die ze geven worden minder snel als dusdanig herkend (Fiske & O'Riley, 2016; Mérelle et al., 2018; Waern et al., 1999). Toch heeft 10 tot 25% van de ouderen die overlijden door zelfmoord in de maand voordien contact gehad met de geestelijke gezondheidszorg, terwijl 40 tot 60% contact had met een eerstelijns zorgverlener (Luoma et al., 2002; Waern, 2002). De zelfmoordgedachten zijn echter meestal niet de primaire klacht waarvoor ze hulp zoeken, en vaak worden ze **gemaskeerd door somatische klachten** waardoor de zelfmoordgedachten niet eens ter sprake komen (Waern et al., 1999). Het is dus van belang dat de zorg- of hulpverlener ook bij andere klachten alert is voor eventuele signalen van zelfmoordgedachten en deze expliciet bevraagt wanneer een vermoeden bestaat. In dit deel worden enkele signalen benoemd die kunnen wijzen op de aanwezigheid van zelfmoordgedachten bij ouderen.

Ouderen zullen hun zelfmoordgedachten zelden concreet benoemen, maar uiten hun suïcidaliteit eerder door **uitspraken** als:

- *“Ik kan het niet meer aan”*
- *“Ik zou liever nooit meer wakker worden”*
- *“Ze mogen me komen halen”*
- *“Ik hoop dat ik er in blijf”*

Dergelijke uitspraken wijzen niet altijd op suïcidaliteit. Ze kunnen ook een uiting zijn van een minder concrete levensmoeheid of een **doodswens**. Dit wil nog niet zeggen dat de oudere van plan of in staat is om suïcidaal gedrag te stellen, maar het verhoogt wel het risico en dient dus altijd ernstig genomen te worden (Waern et al., 1999). Zeker in combinatie met depressieve symptomen of andere risicofactoren is het belangrijk om de achterliggende gedachten en gevoelens bij deze doodswens te exploreren en na te gaan of de persoon ook aan zelfmoord denkt.

Net als bij jongeren is bij ouderen suïcidaliteit meestal gelinkt aan een **depressie** (Conwell et al., 2011; De Leo et al., 2013; Dong et al., 2015; Draper et al., 2014; Draper, 2014; Wiktorsson et al., 2018; Xu et al., 2016; Yeates & Thompson, 2008). Depressieve symptomen uiten zich echter vaak anders bij ouderen dan bij jongere personen. Suïcidale ouderen klagen vaak minder over een neerslachtige stemming, droefheid en interesseverlies (Lebowitz et al., 1997), maar uiten een depressie eerder door somatische symptomen zoals vermoeidheid, slaapproblemen of pijn (Drayer et al., 2005; Lebowitz et al., 1997). Deze symptomen worden vaak niet meteen gelinkt aan depressie of suïcidaliteit en eerder toegeschreven aan fysieke aandoeningen (Drayer et al., 2005; Rapp & Davis, 1989; Waxman & Carner, 1984)

of de leeftijd (O'Neil, 2007; Waxman & Carner, 1984). Zowel de oudere zelf als anderen vinden het vaak normaal dat ze zich met ouder worden lustelozer, somberder en minder hoopvol gaan voelen. Soms worden signalen van depressie of suïcidaliteit ook aanzien voor dementie omdat de concentratieproblemen en besluiteloosheid worden toegeschreven aan de geheugenstoornissen en verwardheid die kenmerkend zijn bij dementie (Lamberty & Bieliauskas, 1993).

Uit onderzoek bij ouderen die een suïcidepoging overleefd hebben blijkt dat volgende klachten extra aandacht verdienen: een gevoel van **lichamelijke uitputting, benauwdheid, hoofdpijn** en **angstsymptomen** zoals trillen en ademhalingsmoeilijkheden (Bonnewyn, 2016; Liu & Chiu, 2009). Andere signalen die kunnen wijzen op suïcidaliteit bij ouderen zijn **vergeetachtigheid** en kleine gedragsveranderingen, zoals afnemende zorg voor het uiterlijk of het huishouden, toenemend alcoholgebruik en weinig belangstelling voor de dagelijkse bezigheden, sociale bijeenkomsten en hobby's (O'Neil, 2007). Ook **zelfdestructief gedrag** zoals het weigeren van voedsel of medicatie of het niet meewerken aan een behandeling komt soms voor bij suïcidale ouderen (Draper et al., 2002; Meisekothen, 1993; Szanto et al., 2002). Onderstaande kader geeft een overzicht van veel voorkomende signalen van zelfmoordgedachten bij ouderen.

SIGNALEN VAN ZELFMOORDGEDACHTEN BIJ OUDEREN (OSGOOD, 1982)

- Verandering in slaappatroon, vooral slapeloosheid (let wel, dit komt frequent voor bij ouderen en dient dus samen met andere signalen bekeken worden)
- Verandering in eetpatroon, vooral verlies van eetlust
- Gewichtsverlies
- Extreme vermoeidheid
- Verhoogde bezorgdheid over lichamelijk functioneren (bv. herhaalde klachten over constipatie, diarree, krampen en pijn, duizeligheid, verhoogd hartritme)
- Toename in alcoholconsumptie
- Stemningswisselingen, vooral lusteloosheid, apathie, boosheid, vijandigheid, nervositeit, snel geïrriteerd, depressief, verdrietig of teruggetrokken
- Uiting van angsten zonder reden
- Gedragsveranderingen, vooral periodes van roepen, slaan of dingen gooien; of er niet in slagen om overeen te komen met familie, vrienden of leeftijdsgenoten
- Verdacht gedrag (bv. buiten gaan of vreemde tijdstippen tijdens de dag of nacht, afscheid nemen)

- Plotselinge interesse of desinteresse in religie
- Een doktersbezoek inplannen zonder reden of zeer kort na een eerder doktersbezoek
- Afnemen van fysieke vaardigheden, algemene verwardheid, een verlies aan begrip, beoordelingsvermogen of geheugen

Deze signalen wijzen niet altijd op de aanwezigheid van zelfmoordgedachten, maar dienen wel ernstig genomen te worden en zeker wanneer er **meerdere signalen gedurende langere tijd** voorkomen is het belangrijk om hierover in gesprek te gaan met de oudere. Extra alertheid is geboden tijdens **risicovolle momenten** zoals de vakantieperiode, feestdagen, de verjaardag van een overleden naaste en overgangperiodes tussen verschillende types zorg (bv. van thuiszorg naar een woonzorgcentrum).

Signalen bespreken

Ouderen zijn het vaak minder gewoon om over hun mentale gezondheid te spreken dan jongere personen (Butcher & Ingram, 2018). Best worden dan ook niet te lange zinnen gebruikt, worden professionele termen voldoende uitgelegd en wordt de oudere voldoende tijd gegeven om te antwoorden op vragen.

Wanneer signalen opgevangen worden die erop kunnen wijzen dat een oudere aan zelfmoord denkt, is het belangrijk dat die ernstig genomen worden en niet te snel worden toegeschreven aan de leeftijd. De **signalen** moeten worden **benoemd** en **bezorgdheid geuit**. Hiermee wordt er aangetoond dat men er wil zijn voor deze persoon en dat hij of zij terecht kan indien die over zijn of haar zelfmoordgedachten wil praten. Bovendien kan pas ingeschat worden hoe acuut de situatie is door ernaar te vragen.

De zorg- of hulpverlener moet dus op zoek naar hoe de persoon deze signalen **ervaart**, welke **betekenis** ze voor hem of haar hebben en welke **impact** ze hebben op zijn of haar leven. Het is belangrijk om te luisteren naar het verhaal van de persoon, begrip te tonen en zich te proberen in te leven in diens situatie.

Volgende voorbeeldvragen kunnen hierbij helpen:

“Je geeft aan dat je slecht slaapt de laatste tijd, wat doet dat met jou?”

“Ik merk dat je vaker onrustig bent de laatste tijd, is er iets wat je bezighoudt?”

“Ik merk dat je weinig energie hebt de laatste tijd, heb je het gevoel dat dit je beperkt in wat je wil doen?”

Daarnaast is het ook belangrijk om in te schatten in welke mate de persoon die negatieve gevoelens of gedachten nog onder **controle** heeft en zijn of haar leven nog als **draaglijk** ervaart.

“Wanneer de angst je overvalt, ben je dan soms bang om de controle over jezelf te verliezen?”

“Zijn er soms momenten dat het je allemaal wat te veel wordt?”

“Zorgen die gevoelens of ervaringen er soms voor dat je zou willen ontsnappen of wegvluchten?”

“Heb je soms momenten dat je het leven niet meer de moeite waard vindt?”

Een positief antwoord op bovenstaande vragen of andere signalen die aantonen dat de oudere een hoge mate van uitzichtloosheid of hopeloosheid ervaart, kunnen erop wijzen dat hij of zij aan zelfmoord denkt. Het is belangrijk dat dit dan ook concreet bevestigd wordt. Ouderen zijn sowieso vaker met de dood bezig, wat maakt dat dit thema bij hen helemaal niet zo tegennatuurlijk voelt dan men zou denken. Volgende voorbeeldvragen kunnen hierbij helpen:

“Zijn die emoties zo sterk dat je er soms aan denkt om een einde aan je leven te maken?”

“Ik merk dat het leven je erg zwaar valt momenteel, zou je soms liever willen dat het gedaan zou zijn?”

“Voel je je de laatste tijd soms zo slecht dat je denkt aan de dood of aan doodgaan?”

“Denk je er soms aan om zelfmoord te plegen?”

Wanneer blijkt dat de persoon inderdaad aan zelfmoord denkt, is het belangrijk om zo snel mogelijk **in te schatten hoe acuut** deze gedachten zijn (zie verder). Vaak worden zelfmoordgedachten echter ook ontkend, of geeft men aan dat men er wel aan denkt maar het nooit zou doen. In dat geval is het belangrijk om te bevragen wat hen tot hiertoe heeft doen **volhouden**, de ‘reasons for living’ (bv. geloof, bang voor reactie van anderen, bekommernissen om erfenis, schuldgevoelens).

Suïciderisico inschatten

Wanneer blijkt dat de oudere aan zelfmoord denkt, is het belangrijk om een zicht te krijgen op hoe acuut de situatie is. Volgende stappen kunnen hierbij helpen.

1. Breng alle belangrijke factoren die het huidige en toekomstige suïciderisico bepalen in kaart:

- De huidige suïcidale gedachten en intenties, de bekwaamheid en de aanwezigheid van **concrete plannen** om een zelfmoordpoging te ondernemen (bv. methode, tijdstip, plaats).
- **Risicofactoren** zoals bv. een eerdere suïcidepoging, psychische of fysische problematiek, beperkte impulscontrole, hoge hopeloosheid, middelengebruik, niet naleven van behandeling, gebrek aan sociale steun, gebrek aan 'reasons for living' (zie verder) en recente stresserende levensgebeurtenissen. Breng hier ook de mogelijke toegang tot dodelijke middelen in kaart.
- **Beschikbare hulpbronnen** die beschermend kunnen werken zoals bv. steun in de nabije omgeving, een goed contact met een zorg- of hulpverlener, een plek waar iemand terecht kan in een crisismoment.
- Mogelijke veranderingen in de **nabije toekomst** die stresserend of beschermend kunnen zijn.

Zicht op deze factoren kan gekregen worden door er concreet naar te vragen bij de suïcidale oudere en diens naasten of mantelzorgers. In het hoofdstuk Detectie in de richtlijn 'Detectie en behandeling van suïcidaal gedrag' (Aerts et al., 2017) staan voorbeeldvragen die hierbij kunnen helpen.

2. Win advies in

Het is raadzaam om de eigen inschatting af te toetsen bij een collega en andere betrokken zorg- en hulpverleners (bv. thuisverpleging, huisarts, psycholoog, psychiater). Zij kunnen over bijkomende informatie beschikken die belangrijk kan zijn voor het inschatten van het suïciderisico. Als een zorg- of hulpverlener niet zeker is hoe bepaalde signalen of factoren moeten worden ingeschat en geen collega's of andere hulpverleners beschikbaar zijn om dit te bespreken kan ook contact genomen worden met ASPHA, de hulplijn voor hulpverleners die een suïcidale persoon begeleiden (zie verder bij Ondersteuning).

3. Formuleer het suïciderisico

De belangrijkste informatie met betrekking tot het suïciderisico kan geformuleerd en genoteerd worden met behulp van het sjabloon voor risicoformulering (Aerts et al., 2017). Dit sjabloon is te downloaden via: www.zelfmoord1813.be/publicaties/producten/sjabloon-risicoformulering.

4. Bepaal in samenspraak met de patiënt, naasten en andere betrokken zorg- en hulpverleners welke interventies aangewezen zijn.

Belangrijk is dat de suïciderisico-inschatting regelmatig herhaald wordt. Zelfmoordgedachten nemen immers niet automatisch af wanneer achterliggende psychische problematieken behandeld worden (Waern et al., 1999) en het suïcidale proces wordt gekenmerkt door schommelingen waarbij de zelfmoordgedachten afhankelijk van gebeurtenissen in het leven van de suïcidale persoon kunnen toenemen of afnemen doorheen de tijd.

SAMENVATTEND – AANBEVELINGEN BIJ HET HERKENNEN EN BESPREEKBAAR MAKEN VAN ZELFMOORDGEDACHTEN

- **Bevraag zelfmoordgedachten proactief bij hoog-risicogroepen.**
- **Wees alert voor mogelijks gemaskeerde signalen van zelfmoordgedachten en durf bij elke aanwijzing of vermoeden te vragen of de oudere aan zelfmoord denkt.**
- **Ga na hoe ernstig en acuut de zelfmoordgedachten zijn door ze concreet te benoemen, bevragen en bespreken.**
- **Schat het suïciderisico in en bepaal de meest gepaste interventie.**

DEEL 4 - PSYCHOTHERAPEUTISCHE EN NEUROBIOLOGISCHE INTERVENTIES

Waarover gaat dit deel?

De zorg voor ouderen kent meer dan één dimensie. Naast het aanbieden van fysieke en somatische verzorging is het als huisarts, in de thuiszorg, of in het ziekenhuis of woonzorgcentrum essentieel oog te hebben voor het **psychisch welzijn** van ouderen. Dit kan curatief, maar ook preventief werken. De behandeling start bij het eerste gesprek en de openheid die daar getoond wordt om over suïcidegedachten te kunnen praten.

Doordat suïcide bij ouderen relatief vaak voorkomt en doordat zorg- en hulpverleners de ernst van de suïcidale klachten kunnen onderschatten, kan het belang van interventies niet genoeg benadrukt worden.

Onderzoek duidt op de werkzaamheid van volgende interventies voor ouderen met suïcidegedachten (Okolie, Dennis, Thomas, & John, 2017):

- Programma's vanuit de eerste lijn om depressie te screenen en te behandelen;
- Behandeling van depressie en suïcidaliteit via farmacotherapie en psychotherapie;
- Telefonische hulpverlening aan ouderen;
- Maatschappelijke programma's zoals psycho-educatie, training van sleutelfiguren en het bevorderen van sociale aansluiting.

Dit deel gaat dieper in op deze interventies en op wat gedaan kan worden als suïcidale klachten zijn gedetecteerd. Zowel eerste interventies als psychotherapeutische en neurobiologische interventies komen aan bod, met oog voor de eigenheid van de doelgroep ouderen. Meer over maatschappelijke programma's en preventiestrategieën lees je in deel 6.

Behandelsetting bepalen

Na het detecteren van de suïcidegedachten en het in kaart brengen van het risico dient in samenspraak met de suïcidale oudere, de naasten of mantelzorgers en andere betrokken zorg- en hulpverleners de meest gepaste behandelsetting bepaald te worden. Indien het risico op suïcide hoog wordt ingeschat, kan een **opname** overwogen worden. Factoren die daarbij in overweging moeten genomen worden zijn: de ernst van de suïcidale gedachten en plannen, de aanwezigheid van een ernstige problematiek en zorgbehoeften, persoonskenmerken, en beschikbaarheid en draagkracht van de nabije omgeving (meer

hierover lees je in de richtlijn 'Detectie en behandeling van suïcidaal gedrag', Aerts et al., 2017).

Indien er geen concrete plannen zijn en de beschermende factoren opwegen tegen de risicofactoren, kan naast een toeleiding tot **ambulante zorg** of **zorgverlening aan huis** ook beroep gedaan worden op het **sociale netwerk** van de suïcidale persoon. De draagkracht van dit netwerk en de mate waarin contact met de suïcidale oudere gehouden kan worden moeten hierbij in kaart gebracht worden.

Wanneer een hulpverlener zelf de behandeling zal aanbieden, is het van belang meteen een **vervolgafspraak** te maken. Indien de oudere niet naar de afspraak komt, is het aan te raden dat de zorg- of hulpverlener zelf contact opneemt. Bij doorverwijzing naar een andere soort zorgverlening moet gezorgd worden voor **overbruggingscontacten** (bv. via telefoon) indien er een wachttijd is en voor een goede **informatieoverdracht** naar de volgende zorg- of hulpverlener. De oudere beschikt ook best over een telefoonnummer waarop hij of zij een zorgverlener kan bereiken indien nodig, al dan niet als onderdeel van een safety plan (zie verder).

Eerste begeleidende interventies

Safety planning

Wanneer de patiënt naast een doodswens ook kampt met zelfmoordgedachten of -plannen, is het aanbevolen een safety plan op te stellen. 'Safety planning' is een belangrijke en effectieve interventie in de preventie van suïcide (Stanley et al., 2018). Een safety plan (ook wel veiligheidsplan, crisisplan of signaleringsplan genoemd) zorgt ervoor dat de suïcidale persoon voorbereid is op een mogelijke suïcidale crisis en iets heeft om op terug te vallen op momenten dat er geen zorg- of hulpverlener beschikbaar is. Een sjabloon safety plan is te downloaden via www.zelfmoord1813.be/safetyplan. Dit plan is gebaseerd op cognitief therapeutische technieken en omvat volgende componenten: waarschuwingssignalen, coping strategieën, beschermende factoren, hulpbronnen en het veilig maken van de omgeving.

De zorg- of hulpverlener kan samen met de oudere een safety plan opgemaakt worden dat de oudere kan leren om stap voor stap een suïcidaal proces te herkennen en een mogelijke crisis beter het hoofd te bieden. De arts, maar ook de psycholoog, thuisverpleegkundige of zelfs de naaste kan dit doen. Belangrijk is dat het safety plan met andere betrokken zorg- en hulpverleners, naasten en mantelzorgers gedeeld wordt. Hieronder volgen enkele **specifieke aandachtspunten voor de doelgroep van ouderen**:

- Heb extra aandacht voor leeftijdsspecifieke risicofactoren zoals slaapproblemen, alcohol- of middelengebruik, fysieke pijn en gedachten aan overleden vrienden of familie.
- Houd rekening met de fysieke en mobiele mogelijkheden en beperkingen en schakel indien mogelijk naasten of mantelzorgers in die de oudere hulp kunnen bieden om te ontspannen of afleiding te vinden.
- Denk bij de veiligheidsafspraken aan specifieke methoden die vaak gebruikt worden door ouderen, zoals verhangen en verdrinking.
- Weet dat de drempel naar professionele hulp voor ouderen hoger kan zijn, zowel omwille van attitudes als omwille van beperkte fysieke of mobiele mogelijkheden. De huisarts is vaak wel een laagdrempelige vertrouwenspersoon.
- Houd er rekening mee dat de aanwezigheid van steunfiguren in de omgeving voor ouderen beperkt kan zijn. Stimuleer hen om iemand in vertrouwen te proberen nemen uit hun nabije omgeving of indien er niemand is om beroep te doen op de huisarts als vertrouwenspersoon.



Mijn Safety Plan

 Dit geeft aan dat ik aan zelfmoord denk	 Dit kan ik doen om rustiger te worden.
 Hier vind ik afleiding.	 Hier ben ik veilig.
 Hier vind ik professionele hulp. Algemeen noodnummer: 112 Extra noodnummer: Antigifcentrum: 070 245 245	
 Hier kan ik terecht als ik het moeilijk heb.	



Safety Plan is een initiatief van Zelfmoord1813
www.zelfmoord1813.be/SafetyPlan

Ken je Backup al?

Backup is onze mobiele applicatie die houvast wil bieden bij zelfmoordgedachten.



Op zoek naar ‘reasons for living’: uitdiepen van levenskwaliteit en doodswens

Bij het bespreken van de zelfmoordgedachten van de oudere is het belangrijk deze te plaatsen in de levensgeschiedenis van de oudere: zijn of haar levenskwaliteit in het verleden, het heden, en met het oog op de toekomst. Hierbij kunnen zes dimensies van **levenskwaliteit** geëxploreerd worden, waarop de oudere toenemende veranderingen kan ervaren:

- Fysiek welbevinden
- Psychisch welbevinden
- Mate van autonomie en onafhankelijkheid
- Sociale verbondenheid en relaties
- Omgevingsfactoren
- Spiritualiteit

Probeer op die manier na te gaan welke visie de oudere heeft op levenskwaliteit. Wat is een betekenisvol leven voor de oudere? Welke zaken zijn nog betekenisvol in zijn of haar leven? Met andere woorden: wat zijn ‘reasons for living’ en wanneer zijn die er niet meer?

Sta in dat kader stil bij volgende aspecten:

Fysieke en psychische klachten

- Kampt de persoon met **depressieve klachten** en welke zijn dit dan?
- Is er sprake van zinloosheid, levensmoetheid, hopeloosheid?
- Heeft de persoon last van **slaapproblemen**?
- Is er sprake van **alcoholmisbruik, drugmisbruik of medicatiemisbruik**?
- Is er sprake van **fysieke beperkingen en pijn** en welke impact heeft dit op de eigenwaarde en levenskwaliteit? Houd bij toenemende afhankelijkheid rekening met gevoelens van vernedering of hulpeloosheid.

Sociaal netwerk

- Welke **verlieservaringen** heeft de oudere meegemaakt en hoe gaat hij of zij daarmee om? Besteed aandacht aan de verliezen die de oudere heeft geleden, zeker wanneer hij of zij niet kan terugvallen op kinderen, familieleden of vrienden.
- Hoe ziet het **sociaal netwerk** van de oudere er uit? Is er sprake van sociale isolatie? Kan de oudere beroep doen op sociale steun in de nabije omgeving? Voelt hij of zij zich verbonden met anderen? Tracht sociaal contact zoveel mogelijk te stimuleren.

Gedachten aan de dood en zelfmoord

- Hoe kijkt de persoon naar de dood? Welke betekenis heeft de dood voor de persoon?
- Is er een doodswens? Hoe manifesteert deze zich?
- Zijn er zelfmoordgedachten of plannen?

Toekomstvisie

- Hoe ziet de oudere zijn of haar toekomst? Zijn er nog zaken waar hij of zij naar uitkijkt of hoopvol over is?
- Tracht toekomstgericht denken te stimuleren en help om eenvoudige doelen te stellen en activiteiten te plannen die de oudere gelukkig maken of hoop geven, bijvoorbeeld contact opnemen met een vriend of familielid, een boek lezen, een wandeling maken, een (online) cursus volgen, een verjaardag of concert bijwonen, yoga of mindfulness oefeningen doen,...

Psychotherapeutische interventies

De stap naar farmacologische behandeling voor ouderen lijkt in de praktijk snel gezet (vaak vanuit een goede relatie met de huisarts). De drempel tot psychotherapie daarentegen blijkt erg hoog. Nochtans kunnen psychotherapeutische interventies doeltreffend zijn voor de behandeling van suïcidale ouderen, al zijn **interventiestudies** eerder beperkt (zie het kader voor een overzicht).

Het aanbieden van interventies **aan huis of in het woonzorgcentrum** is bijzonder relevant gezien deze beter tegemoet kunnen komen aan de individuele omstandigheden, beperkingen en behoeftes van ouderen (Connell & Lewitzka, 2018).

Bij het stellen van doelen en het invullen van de therapie dient men bij depressieve en suïcidale ouderen rekening te houden met de **cognitieve capaciteiten**. Het kan langer duren tot bepaalde doelen zijn bereikt en de zorg- of hulpverlener dient bij elk contact alert te zijn voor de toestand van de patiënt en te oordelen of kortere en meer frequente consulten misschien productiever kunnen zijn (Connell & Lewitzka, 2018; Richard-Devantoy, Szanto, Butters, Kalkus & Dombrowski, 2015).

In wat volgt wordt een aantal mogelijke componenten van psychologische interventies opgesomd. Deze interventies worden best geïntegreerd in een '**collaborative care**' aanpak, dus in combinatie met een mogelijke neurobiologische behandeling, goede monitoring en opvolging na de behandeling.

STUDIES NAAR DE IMPACT VAN PSYCHOTHERAPIE OP SUÏDEGEDACHTEN BIJ OUDEREN

- Eén studie toonde de effectiviteit aan van **interpersoonlijke therapie** voor ouderen met suïdegedachten. Na de therapie rapporteerden ouderen significant minder suïdale gedachten, doodswensen en depressieve symptomen (Heisel et al., 2009).
- Gustavson en collega's (2016) vonden in hun studie dat voor ouderen met depressie en verminderde hogere controlefuncties van de hersenen **probleemoplossende therapie** suïdale gedachten significant meer deed dalen dan reguliere begeleiding.
- Een studie bij patiënten met depressie en dementie (Kiosses, Ravdin, Gross, Raue, Kotbi, & Alexopoulos, 2015) wees uit dat zowel met 'Problem Adaptation Therapy' (een twaalf weken durende therapie aan huis die focust op emotieregulatie en probleemoplossing) als met 'Supportive Therapy for Cognitively Impaired Older Adults' (een twaalf weken durende therapie aan huis die focust op empathisch luisteren, reflecteren en aanmoedigen) suïdale ideatie kon gereduceerd worden. Bij de Problem Adaptation Therapy zag men bovendien significant meer reductie van depressieve symptomen dan bij de andere therapie.
- In een verkennende studie bevelen Lindner en Sandner (2015) **psychodynamische therapie** aan waarbij oudere ouderen behandeld worden in hun eigen omgeving (huis of woonzorgcentrum), wat de drempel naar therapie sterk verlaagt en de band met de therapeut sterker maakt. De therapie focust voornamelijk op existentiële conflicten en het omgaan met ziekte, fysieke beperkingen en het levenseinde.

Psychotherapeutische interventies die inwerken op risicofactoren en protectieve factoren

Centraal in psychotherapeutische interventies staat een gedegen behandeling van depressieve symptomen bij suïdale ouderen en de aanpak van de kwetsbaarheid (bv. het leren omgaan met pijn en verlies). In tweede instantie kunnen ook psychosociale interventies relevant zijn, zoals het versterken van beschermende factoren die eigen zijn aan de leeftijd van ouderen (bv. stimuleren van zinvolle tijdsbesteding, versterken van verbondenheid). Zowel zorg- als hulpverleners kunnen betrokken worden bij het opzetten van dergelijke interventies.

Besteed steeds voldoende aandacht aan **psycho-educatie**, zodat ouderen meer inzicht krijgen in factoren die voor hen een rol spelen.

Reductie van risicofactoren kan bijvoorbeeld door:

- de behandeling van depressie (zie eerder)
- aanpakken van piekeren
- de behandeling van slaapstoornissen (Bonnewyn, Shah, & Demyttenaere, 2009; Voaklander et al., 2008)
- de behandeling van alcohol en drugproblemen (wees ook alert voor medicatieproblemen)
- de behandeling van fysieke beperkingen, ziekte en pijn (Lin et al., 2003; Lliorente et al., 2005; Pompili et al., 2009, Voaklander et al., 2008)
- het doorbreken van sociale isolatie (zie verder bij protectieve factoren)

Verder dienen protectieve factoren versterkt te worden door bijvoorbeeld:

- een goede (zelf)zorg voor mentale gezondheidsproblemen, bijvoorbeeld door te werken aan veerkracht en door helpende copingvaardigheden aan te leren (tools als Zilverwijzer kunnen hierbij helpen, zie deel 6)
- beweging activeren (bv. via fitness, beweegcoaches) en optimaliseren van fysiek welbevinden (Lin et al., 2003; Lliorente et al., 2005; Pompili et al., 2009, Voaklander et al., 2008)
- aanleren van ontspanningstechnieken en mindfulness technieken
- stimuleren van sociale aansluiting en verbondenheid door het verhogen van sociale interacties en vaardigheden (Heisel et al., 2009; Oyama et al., 2005; Oyama et al., 2006; Unützer et al., 2006)
- verhogen van empowerment: stimuleren om zelf dingen te blijven doen en voor eigen behoeften en noden op te komen en uitbouwen van coping vaardigheden om met pijn en verlies om te gaan (Heisel & Duberstein, 2005)
- zin en betekenis van het leven terug aanwakkeren door het stellen van concrete betekenisvolle persoonlijke doelen en het exploreren van realistische toekomstperspectieven (Erlangsen et al., 2011; Lapierre, Dubé, Bouffard, & Alain, 2007)

Online tools

Online tools vormen niet voor iedereen een toegankelijke methodiek, maar het belang en de reikwijdte ervan wordt steeds groter. Ook ouderen kunnen beroep doen op Zelfmoordlijn 1813 en op de online tools zoals 'Think Life' en 'BackUp' (zie verder). Deze tools kunnen zelfstandig door de oudere gebruikt worden, maar kunnen ook een plaats krijgen binnen de

begeleiding of opvolging.

Zelfmoordlijn 1813



De Zelfmoordlijn is een gratis hulplijn voor mensen die aan zelfmoord denken en hun omgeving. De Zelfmoordlijn is bereikbaar via telefoon op het nummer 1813 (24/24u) en via chat (van 18u30 tot 22u) of e-mail via www.zelfmoord1813.be.

Think Life



Think Life is een gratis, anonieme en online zelfhulp cursus voor iedereen die aan zelfdoding denkt en iets aan deze gedachten wil doen. Think Life is opgebouwd uit oefeningen die zelfstandig en op eigen tempo doorlopen kunnen worden via internet.

Meer info: www.zelfmoord1813.be/thinklife

BackUp



BackUp is een smartphone applicatie die ontwikkeld werd voor personen die aan zelfmoord denken en hun omgeving. De app wil houvast bieden bij zelfmoordgedachten en tools aanreiken om een crisis te overbruggen of een volgende crisis te voorkomen.

Meer info: www.zelfmoord1813.be/backup

Neurobiologische interventies

Verschillende neurobiologische interventies zoals bijvoorbeeld een behandeling met antidepressiva of lithium kunnen het suiciderisico doen dalen (Aerts et al., 2017). Voor de doelgroep ouderen zijn er echter specifieke aandachtspunten voor het toepassen van deze interventies. Zoals aangetoond in de studies naar collaborative care modellen (zie eerder) gebeuren neurobiologische behandelingen bij ouderen best in **combinatie met andere interventies** zoals bv. psycho-educatie, psychotherapie en bewegingsprogramma's.

Goed om te weten voor alle zorgverleners

Indien er neurobiologische interventies worden opgestart bij suicidale personen is het

cruciaal om toe te zien op een goed **medicatiebeleid**. Dergelijk beleid omschrijft hoe en in welke dosis medicatie wordt voorgeschreven bij suïcidale personen (bij voorkeur in kleine verpakkingen) en de manier waarop de opstart van medicatie wordt voorgesteld en besproken met de patiënt en zijn omgeving. Het is essentieel met de patiënt, de naasten en betrokken zorg- en hulpverleners (bv. de thuisverpleging) af te spreken hoe medicatie veilig kan worden opgeborgen in de thuisomgeving (bv. gebruik van medicatiekluis, sleutelkast) en afspraken te maken over wie de medicatie zal toedienen. Ook andere betrokkenen zoals apothekers kunnen op dosissen toezien.

Informatie voor artsen

In literatuur en klinische richtlijnen wordt een aantal aandachtspunten naar voor geschoven voor het opzetten van neurobiologische interventies bij suïcidale ouderen. Een eerste algemeen aandachtspunt is dat suïcidaliteit bij ouderen meer gepaard gaat met angst. Deze angst kan ervoor zorgen dat ouderen minder gemakkelijk herstellen bij een behandeling (Szanto et al, 2002). Meer aandachtspunten bij de verschillende interventies worden in het kader beschreven.

Aandachtspunten voor neurobiologische interventies

ANTIPSYCHOTICA EN BENZODIAZEPINES

Zowel het gebruik van antipsychotica als dat van benzodiazepines wordt afgeraden bij ouderen omwille van de potentieel ernstige ongewenste effecten (Declercq, Habraken, van den Aemele, Callens, De Lepeleire, & Cloetens, 2017; Voaklander et al., 2008).

LITHIUM

In de algemene populatie is behandeling van bipolaire stemmingsstoornissen met lithium gebruikelijk en doeltreffend voor het reduceren van suïciderisico (Cipriani, Hawton, Stockton, & Heddes, 2013). Ook bij ouderen met bipolaire stemmingsstoornissen wordt lithium gebruikt, maar de dosering dient daarbij zeer nauwgezet te worden ingesteld en het middel dient, in het algemeen, in een lagere dosis te worden toegediend naarmate de leeftijd toeneemt (De Fazio et al., 2017). Er zijn weinig specifieke studies naar het effect van lithium op suïcidaal gedrag bij ouderen, dus een goede monitoring is noodzakelijk.

ELECTROCONVULSIETHERAPIE (ECT)

Studies tonen aan dat ECT een veilige en effectieve behandelmethodede is voor oudere depressieve patiënten (Geduldig & Kellner, 2016) en suïcidale gedachten kan doen verminderen (Kellner et al., 2005). Cognitieve bijwerkingen die kunnen optreden bij ouderen (bv. korte-termijn geheugenproblemen) zijn zelden ernstig en meestal van voorbijgaande aard (Geduldig & Kellner, 2016). Een belangrijk aandachtspunt is dat ECT onder algemene verdoving gebeurt, wat voor ouderen minder aangewezen kan zijn (O'Neil, 2007).

ANTIDEPRESSIVA

Een behandeling met antidepressiva is doeltreffend in de aanpak van suïcidaliteit bij ouderen met depressieve stemmingsstoornissen. Antidepressiva hebben een gunstige werking bij depressieve ouderen en kunnen suïcidale gedachten en gedrag doen afnemen (Aizenberg, Olmer, & Barak, 2006; Barak, Olmer, & Aizenberg, 2006; Cougnard, Verdoux, Grolleau, Moride, Begaud, & Tournier, 2009; Stone et al., 2009; Szanto et al., 2001; Szanto et al., 2003). Onderzoek toont aan dat een relatief groot gebruik van antidepressiva in verschillende landen gerelateerd is aan lagere suïdecijfers bij ouderen (Barak & Aizenberg, 2006; Hall, Mant, Mitchell, Rendle, Hickie, & McManus, 2003; Kalmar, Szanto, Rihmer, Mazumdar, Harrison, & Mann, 2008; Lodhi & Shah, 2004; Nakagawa et al., 2007; Shah & Lodhi, 2005).

Bovendien lopen ouderen die antidepressiva gebruiken minder risico op suïcidepogingen dan jongeren die antidepressiva gebruiken (Stone et al., 2009). Specifiek voor ouderen die lijden aan een bipolaire stoornis bleek eveneens dat een behandeling met stemmingsstabilisatoren en antidepressiva geassocieerd kon worden met een lager risico op suïcidepogingen (Aizenberg, Olmer, & Barak, 2006).

Een verhoogd risico op suïcide werd wel gevonden tijdens de eerste maand van behandeling met SSRI's in vergelijking met andere antidepressiva (Juurlink, Mamdani, Kopp, & Redelmeier, 2006).

Hieronder volgen enkele aandachtspunten voor het gebruik van antidepressiva bij ouderen:

- Een antidepressivum kan als **suïcidemiddel** dienen als het in een overdosis wordt ingenomen. In onderzoek ziet men echter dat antidepressiva in het algemeen relatief weinig gebruikt worden als middel voor suïcide bij ouderen (Abrams, Leon, Tardiff, Marzuk, Li, & Galea, 2009). Middelen die wel vaker gebruikt worden zijn pijnstillers en kalmeringsmiddelen die gebruikt worden

bij angst en slapeloosheid. Bij hoogbejaarden (85+) werden in het onderzoek van Abrams en collega's significant hoge dosissen teruggevonden van analgetica en anxiolytica-hypnotica als middel voor suïcide.

- Houd extra rekening met ongewenste **bijwerkingen** die medicatie kan hebben op ouderen, zoals een mogelijks trager werkend metabolisme (O'Neil, 2007).
- Ouderen vertonen mogelijks **weerstand** om te starten met antidepressiva. Die kan voortkomen uit: het niet zien van depressieve symptomen als een psychische problematiek, een angst voor afhankelijkheid, een bezorgdheid dat antidepressiva de natuurlijke emoties zullen afvlakken of eerdere negatieve ervaringen met antidepressiva (Givens et al., 2006).

In de Vlaamse richtlijn voor depressie (Declercq et al., 2017) geeft men volgende aanbevelingen mee voor de opstart, dosis en opvolging van een behandeling met een antidepressivum bij ouderen:

- Start bij tachtigplussers en bij ouderen met ernstige comorbiditeit bij voorkeur met een **lage dosis** (bv. halve dosis);
- Wacht bij ouderen **minimaal zes tot acht weken** vooraleer het effect van een antidepressivum kan worden beoordeeld; het kan soms tot twaalf weken duren vooraleer er respons gezien wordt;
- Kijk ondertussen potentiële ongewenste effecten actief na; **monitor** concreet wekelijks gedurende de eerste vier weken;
- Behandel ouderen **minimaal zes maanden tot twaalf maanden** (na remissie).

SAMENVATTEND: AANBEVELINGEN BIJ INTERVENTIES

- **Streef naar een combinatie van verschillende interventies zoals psycho-educatie, psychologische interventies, neurobiologische interventies en bewegingsprogramma's.**
- **Bij begeleidende en psychotherapeutische interventies:**
 - **Exploreer de visie van de patiënt op levenskwaliteit en bespreek de doodswens.**
 - **Werk aan safety planning bij elke patiënt die suïcidegedachten uit.**
 - **Werk in de begeleiding in op risicofactoren en protectieve factoren.**
 - **Bied ook online tools aan.**
- **Bij neurobiologische interventies:**
 - **Stel een goed medicatiebeleid op**
 - **Houd rekening met mogelijke angst en weerstand ten aanzien van neurobiologische interventies**
 - **Houd rekening met een aangepaste dosering en specifieke bijwerkingen van middelen.**

DEEL 5 – AANDACHTSPUNTEN NA EEN SUÏCIDEPOGING OF SUÏCIDE

Waarover gaat dit deel?

De verhouding van suïcidepogingen ten aanzien van suïcides op oudere leeftijd wordt geschat op 1 à 4 pogingen tegenover 1 suïcide (Crosby, Cheltenham, & Sacks, 1999; McIntosh, Santos, Hubbard, & Overholser, 1994), terwijl dit binnen de totale bevolking geschat wordt op 10 à 20 suïcidepogingen tegenover 1 suïcide (Nock et al., 2008). Suïcidaal gedrag op oudere leeftijd kent dus vaker een dodelijke afloop dan suïcidaal gedrag op jongere leeftijd (Conwell, 2014). Dit impliceert dat iedere suïcidepoging bij een oudere nog meer dan bij jongere suïcidepogers opgevat dient te worden als een indicatie voor een naderende suïcide.

Interventies na een **suïcidepoging** van een oudere worden best zo snel mogelijk opgestart en dienen specifiek te focussen op het terugdringen van het suïciderisico. Een gedegen psychosociale opvang en evaluatie van de suïcidepoging bij de oudere is noodzakelijk. **Na een suïcide** dient er vooral aandacht te zijn voor de omgeving: naasten en familieleden, betrokken zorg- en hulpverleners, eventuele medebewoners of –patiënten in een residentiële setting. Een zelfdoding heeft immers een enorme impact op deze omgeving en nabestaanden na zelfdoding hebben een hoger risico om zelf te overlijden door zelfmoord (Stroebe et al., 2007; Young et al., 2012).

In de richtlijn ‘Detectie en behandeling van suïcidaal gedrag’ (Aerts et al., 2017) wordt uitgebreid ingegaan op de opvang en opvolging van personen na een suïcidepoging en op de stappen die ondernomen dienen te worden na een suïcide. De adviezen uit die richtlijn zijn grotendeels ook van toepassing op ouderen, dus dit deel beperkt zich tot enkele specifieke aandachtspunten voor de doelgroep ouderen.

Eerste opvang van de oudere na een suïcidepoging

Wanneer de zorg- of hulpverlener bij iemand op oudere leeftijd geconfronteerd wordt met een suïcidepoging, moet in eerste instantie de nodige **somatische zorg** verleend worden. Vaak is deze complexer omwille van reeds bestaande fysieke problemen. Bekijk daarom samen met de oudere, zijn of haar omgeving en eventueel andere zorg- en hulpverleners welke - vaak gespecialiseerde - zorg nodig is.

Van zodra de situatie dit toelaat dient een **eerste gesprek** met de oudere plaats te vinden. Wat aan bod kan komen tijdens dit gesprek is terug te vinden in de richtlijn ‘Detectie en

behandeling van suïcidaal gedrag' (Aerts et al, 2017).

Een aandachtspunt in dit eerste gesprek bij ouderen is hoe de oudere de **toekomst** tegemoetziet. Het is belangrijk om te realiseren dat de toekomst bij ouderen vrij dicht aanleunt bij het heden, en vaak slechts betekenis heeft in de nabije toekomst.

Bij het in kaart brengen van de risico- en beschermende factoren is het belangrijk om rekening te houden met **leeftijdsspecifieke risico- en beschermende factoren**, zoals bijvoorbeeld verlieservaringen of een toenemende afhankelijkheid van anderen.

Verdere opvolging van de oudere na een suïcidepoging

Het is vaak pas na een suïcidepoging dat de diagnose van depressie gesteld wordt bij ouderen (Suominen, Isometsa en Lönnqvist, 2004). Indien een depressie wordt vastgesteld na een suïcidepoging, dient die uiteraard behandeld te worden. Maar dat is vaak niet voldoende om ook de suïcidaliteit te doen verdwijnen. Het is dan ook aanbevolen om de suïcidaliteit ook als een **op zichzelf staande problematiek** te behandelen (Szanto et al., 2003; Alexopoulos et al., 2001; Katz, Reynolds, et al., 2001).

Een belangrijk aandachtspunt bij het bespreken van de suïcidepoging is het erkennen en exploreren van de **doodswens** en de suïcidale ideatie van de oudere.

Bij het inschatten van de zorgbehoeften van de oudere is het belangrijk aandacht te hebben voor de **autonomie** van de oudere. De mate van wilsbekwaamheid van de oudere kan tijdelijk verminderd zijn door de aanwezigheid van een depressie of een andere psychiatrische stoornis, maar dat wil niet zeggen dat de oudere altijd zorgbehoevend zal blijven. Aangezien depressie en zelfdoding bij ouderen vaak ontstaan in het onvermogen om op positieve wijze om te gaan met afhankelijkheid en eindigheid (Vanlaere, 2004), dient het doel steeds te zijn om de autonomie van de oudere zo veel mogelijk te bevorderen. Een goed evenwicht tussen voldoende autonomie geven en de veiligheid bewaken is niet altijd eenvoudig, maar dient in samenspraak met de oudere en diens naasten en mantelzorgers zo goed mogelijk in rekening gebracht te worden.

Doorverwijzing en ontslag van de oudere na een suïcidepoging

Samen met de oudere moet bekeken worden welke vervolgzorg en behandelsetting het meest aangewezen zijn en waar de oudere zelf nood aan heeft. Bij ouderen leeft meer dan bij andere leeftijdsgroepen een taboe op psychische problemen en geestelijke gezondheidszorg.

Het komt er dus op aan om ouderen te motiveren om hulp te zoeken voor het omgaan met hun zelfmoordgedachten. Aangezien ouderen naast eventuele psychische hulp vaak ook somatische hulp of thuiszorg nodig hebben, zal de vervolgzorg vaak **multidisciplinair** zijn. Een degelijke afstemming tussen de verschillende betrokken zorg- en hulpverleners, diensten en zorginstellingen is noodzakelijk. Hierbij dienen duidelijke afspraken gemaakt te worden over de taken en verantwoordelijkheden van de betrokkenen, in lijn met eventuele afspraken rond zorgcontinuïteit voor suïcidale personen die in de regio gemaakt zijn.

In de vervolgzorg dient de oudere niet louter benaderd te worden als object van zorg, maar zoveel mogelijk **ondersteund** te worden in de zorg die hij of zij voor zichzelf en anderen kan opnemen. Dit biedt de oudere terug een gevoel van zinvolheid in het leven. Ook ouderen wensen aangesproken te worden op hun competenties, op wat ze wél nog kunnen, en niet op het verlies aan functies en mogelijkheden. Ze willen zinvol ouder worden, van betekenis zijn en actief blijven in de samenleving, ook bij toenemende kwetsbaarheid (Vanlaere, 2004; Krause, 2007).

Betrekken en opvangen van naasten en nabestaanden

Een suïcide of suïcidepoging is een aangrijpende gebeurtenis die bij naasten en nabestaanden heel wat gevoelens losmaakt en vragen oproept. De familieleden, vrienden, medebewoners of -patiënten, kennissen en betrokken zorg- en hulpverleners hebben vaak **nood aan ondersteuning**. Bespreek met hen wat er gebeurd is en betrek hen bij de re-integratie van de oudere na een poging of bij eventuele rouwmomenten na een suïcide. Stimuleer naasten en nabestaanden om over de suïcide of suïcidepoging van hun dierbare te praten met anderen binnen hun sociaal netwerk of via lotgenotencontact en breng hen op de hoogte van professionele nazorg waar ze beroep op kunnen doen. Wees in de periode na de gebeurtenis ook **extra alert voor signalen** van eventuele zelfmoordgedachten of emotionele moeilijkheden bij naasten en nabestaanden.

Wanneer een oudere na een suïcidepoging **terugkeert** naar een gezin, woon-zorgcentrum, vereniging of andere organisatie waarin die actief is, is het belangrijk om op voorhand met de oudere, de familie, en eventuele betrokken zorg- en hulpverleners of verantwoordelijken te **overleggen** hoe deze terugkeer plaats zal vinden. Zowel voor de oudere zelf als voor zijn of haar omgeving is dit immers geen eenvoudige stap. Hierbij moet worden afgesproken welke informatie wel en niet gedeeld zal worden en door wie, en welke rol de oudere hier zelf wil en kan in opnemen.

SAMENVATTEND - AANBEVELINGEN

- **Zorg na een suïcidepoging voor een goede opvang van de oudere en een evaluatie van de poging en het nog aanwezige suïciderisico.**
- **Start zo snel mogelijk suïcidespecifieke vervolgzorg op en betrek hierbij de oudere en diens naasten.**
- **Zorg voor opvolging en een goede informatieoverdracht na ontslag of bij doorverwijzing.**
- **Bereid de terugkeer van de oudere na een poging voor en zorg voor een goede ondersteuning van diens omgeving.**
- **Voorzie na een suïcide een gedegen opvang, zowel voor naasten als voor de betrokken zorg- en hulpverleners.**

DEEL 6 - PREVENTIESTRATEGIEËN

Preventie van suïcide bij ouderen moet verder reiken dan enkel psychologische en neurobiologische interventies. Ook op maatschappelijk vlak dienen acties te worden opgezet om het suïciderisico bij ouderen te doen dalen (Okolie et al., 2017). Daarvoor is een veelzijdige aanpak nodig die focust op het terugdringen van risicofactoren én het versterken van beschermende factoren op verschillende levensdomeinen. Aandacht voor genderverschillen in dergelijke acties is belangrijk, onderzoek toont immers dat er vaak alleen of meer positieve effecten van dergelijke programma's worden gevonden bij vrouwen (Lapierre et al., 2011). Hieronder komen enkele kernstrategieën aan bod. Preventie werkt beter wanneer diverse strategieën gecombineerd worden, een goed praktijkvoorbeeld daarvan is terug te vinden in het kader over 'collaborative care modellen'.

Bevorderen van fysieke en geestelijke gezondheid

Educatie over fysiek én geestelijk gezond ouder worden is een belangrijke universele preventiestrategie (Erlangsen et al., 2011). Om geestelijke gezondheid van ouderen in Vlaanderen te bevorderen werd in Vlaanderen bijvoorbeeld de methodiek 'Zilverwijzer' ontwikkeld. Dit is een groepsmethodiek waarbij ouderen tips en advies krijgen om mentaal gezonder en veerkrachtiger in het leven te staan. Zie www.gezondleven.be/projecten/zilverwijzer

Suïcidaliteit bij ouderen gaat vaak gepaard met een gebrek aan zingeving. Het **plannen en ondernemen van zinvolle activiteiten** kan bijdragen tot de levenskwaliteit en geestelijke gezondheid. Thuiswonende ouderen kunnen bijvoorbeeld via vrijwilligerswerk terug een rol opnemen in de maatschappij, wat tegelijk zorgt voor zingeving en sociaal contact. Voor woonzorgcentra in Vlaanderen werd in dit kader een website uitgewerkt die centra sensibiliseert en motiveert om in te zetten op een betere levenskwaliteit van bewoners. Gaande van het installeren van een aantal nieuwe initiatieven rond zinvolle dagbesteding, tot een omvattend plan van aanpak en beleid. Zie www.waarheiddurvenofdoeninwzc.com

Verder is het **positief bespreekbaar maken van ouder en afhankelijker worden, van geestelijke gezondheid bij ouderen en de daarbij horende stigma's** een belangrijke preventiestrategie naar het algemene publiek (Van Orden & Deming, 2018). Mediaberichtgeving kan hiertoe bijdragen en er tegelijk over waken dat berichtgeving over suïcide bij ouderen op een verantwoorde manier gebeurt (Erlangsen et al., 2011), bijvoorbeeld door berichtgeving over een ouder koppel dat samen uit het leven stap niet te romantiseren. Zie www.zelfmoord1813.be/mediarichtlijnen

Meer informatie over preventiemethodieken is te vinden bij het Vlaams Instituut Gezond Leven, die de interactieve tool 'Op gezondheid staat geen leeftijd' ontwikkelden, of bij het lokale LOGO:

www.gezondleven.be/projecten/gezond-ouder-worden

www.vlaamse-logos.be

Sociale participatie aanmoedigen en versterken

Wanneer ouderen minder sociaal contact en steun ervaren, kan dit gepaard gaan met suïcidale gedachten. Interventies die gericht zijn op het doorbreken van eenzaamheid en op het aanbieden, stimuleren en verbeteren van sociaal contact kunnen dan ook beschermend werken voor het mentaal welzijn van ouderen (O'Connell, Chin, Cunningham, & Lawlor, 2004). Stimuleren van sociaal contact kan via allerlei manieren: door het stimuleren van contact met familie, burens, medebewoners; door het aanbieden van vrijetijdsactiviteiten op maat van ouderen; via intergenerationele projecten,... Ook online contact en steun bieden mogelijkheden, onder meer voor ouderen met fysieke of mobiele beperkingen.

De buurt van de oudere kan ook een rol spelen om de brug naar de hulpverlening te maken. De Koning Boudewijn Stichting deed in deze context verkennend onderzoek naar de krachten en trends om de zelfredzaamheid en samenredzaamheid van kwetsbare, thuiswonende ouderen te versterken, waarbij de buurt de rol van brug kan opnemen tussen de triade oudere, mantelzorgers en professionele hulpverlener. Zie www.kbs-frb.be.

Een laagdrempelig zorgverleningsaanbod voorzien

Suïcide bij ouderen is een onzichtbare problematiek, ook binnen de zorgverlening. Onder meer door sociale isolatie, taboe om over emotionele problemen te spreken en een beperkte detectie van suïcidale klachten in de eerstelijnszorg is de weg naar professionele hulpverlening vaak moeilijk en lang.

Het is bijgevolg essentieel om te voorzien in een voldoende toegankelijk netwerk van nulde- en eerstelijnszorg (bv. lokale dienstencentra, thuiszorg, wijkgezondheidscentra, eerstelijnspsychologen, ...) en in een voldoende aanbod van psycho-geriatrie hulpverlening (Erlangsen et al., 2011), wat in Vlaanderen eerder beperkt is. Evenzeer dient de **drempel** daarnaartoe zo laag mogelijk te zijn, bijvoorbeeld door te werken met buurtgerichte zorg, extra zorg aan huis en in het woonzorgcentrum. Ook het voorzien van laagdrempelige telefonische hulp is belangrijk en werd in studies geassocieerd met een daling in suïcides bij ouderen (Fischer, Wei, Solberg, Rush, & Heinrich, 2003).

Vroegdetectie en behandeling van depressie en suïcidaliteit

De meeste ouderen die overlijden door suïcide lijden aan een depressie. Gezien deze samenhang is er nood aan een betere detectie en behandeling van depressie bij ouderen. De prognose van depressie bij ouderen is minder goed dan deze bij jongere patiënten: in vergelijking met jongeren is er bij ouderen meer kans op een chronische depressie, minder kans op een verbetering van depressieve symptomen en minder kans op genezing (Schaakxs, Comijs, Lamers, Kok, Beekman, & Penninx, 2018). Het **screenen van kwetsbare ouderen op depressie** (en het behandelen ervan) is een veelbelovende preventiestrategie die het aantal suïcides kan doen dalen (Oyama et al., 2010). Meer over de diagnostiek en behandeling van depressie vind je in de richtlijn die voor Vlaanderen werd uitgewerkt (Declercq et al., 2017), zie <http://domusmedica.be/richtlijnen/depressie-bij-volwassenen>.

Gezien ouderen meer dan andere leeftijdsgroepen contact hebben met de **huisarts**, kan deze een centrale rol spelen als gatekeeper en kwetsbare ouderen screenen op hopeloosheid en suïcidale gevoelens (O'Connell et al., 2004). Naast de huisarts, kan ook een andere centrale zorg- of hulpverlener een rol spelen in de verdere behandeling. Dit kan een functie zijn waarin een vaste zorg- of hulpverlener de depressieve oudere informeert over behandelopties, korte psychotherapie aanbiedt en de depressieve symptomen en neveneffecten van medicatie van nabij opvolgt (Alexopoulos et al., 2009, Bruce et al., 2004; Unützer et al., 2002, 2006). Op die manier kunnen sterkere therapeutische relaties ontstaan, alsook een meer gepersonaliseerd behandelplan en een pro-actieve follow-up.

Het **trainen van huisartsen** in de detectie en behandeling van depressie en suïcidaliteit is cruciaal (O'Connell et al., 2004, Erlangsen et al., 2011). Het organiseren van trainingen voor artsen werd in onderzoek duidelijk gerelateerd aan een daling van suïcidaal gedrag (Almeida et al., 2012; Szanto, Kalmar, Hendin, Rihmer & Mann, 2007). Een eerste alertheid voor depressie en suïcide zou alvast een goed startpunt zijn. Een studie toonde dat bij depressieve ouderen (75+), in vergelijking met depressieve jongvolwassenen, veel minder gevraagd wordt naar zowel depressieve als suïcidale gedachten en veel minder wordt doorverwezen naar verdere hulpverlening (Fischer et al., 2003). Ook voor andere zorg- en hulpverleners is gegeden training van belang.

Kortom, er is nood aan een eerdere detectie en aan een geoptimaliseerde behandeling van zowel depressie als suïcidaliteit, maar evenzeer van andere gezondheidsproblemen bij ouderen (Erlangsen et al., 2011).

Beperken van de toegang tot middelen

Het beperken van de toegang tot suïcidemiddelen is één van de best werkende suïcidepreventiestrategieën (Zalsman et al., 2016). Gezien de hogere letaliteit van suïcidepogingen bij ouderen kunnen we ervan uitgaan dat dergelijke strategieën ook suïcides bij ouderen tegengaan (O’Connell et al., 2004), al is ook hier de evidentie beperkt (Van Orden & Deming, 2018). De meest voorkomende methode bij 70-plussers is verhangings, wat in lijn ligt met andere leeftijdsgroepen (Agentschap Zorg en Gezondheid, 2017).

Het beperken van de toegang tot middelen kan concreet gaan van het voorschrijven van kleine hoeveelheden en goed opbergen van medicatie, tot het beveiligen van spoorwegen, bruggen, ziekenhuizen en woonzorgcentra.

De overgrote meerderheid van de suïcides bij ouderen gebeurt thuis (Agentschap Zorg en Gezondheid, suïdecijfers 2015). Het is dan ook van belang dat er bij suïcidale ouderen voldoende aandacht gaat naar de suïcideveiligheid van de woonomgeving.

Daarnaast dienen er ook in **zorginstellingen** voldoende maatregelen getroffen te worden om middelen tot zelfdoding zo ontoegankelijk mogelijk te maken. Hierbij dient zowel gedacht te worden aan het beperken van de beschikbaarheid van medicatie, alcohol en drugs als aan infrastructurele maatregelen zoals het beveiligen van ramen, daken, verdrinkings- en verhangingsmogelijkheden.



Voor het beperken van de beschikbaarheid van medicatie is het aangewezen een psychofarmacabeleid uit te werken. Specifiek voor woonzorgcentra werkte het Vlaams expertisecentrum voor Alcohol en andere Drugs (VAD) hiervoor een draaiboek uit: <https://www.vad.be/materialen/detail/draaiboek-psychofarmaca-in-woonzorgcentra-samen-op-weg-naar-minder>



Een checklist over hoe zorginstellingen infrastructureel kunnen beveiligd worden is te vinden in de multidisciplinaire richtlijn ‘Detectie en behandeling van suïcidaal gedrag’: www.zelfmoord1813.be/sp-reflex (Aerts et al, 2017).

GOEDE PRAKTIJK: MULTILEVEL COLLABORATIVE CARE MODELLEN

Collaborative care modellen zijn modellen waarbij verschillende interventies gecombineerd worden, hieronder worden enkele voorbeelden gegeven van veelbelovende interventiestudies bij ouderen.

Bij een gecombineerde behandeling met **antidepressiva en interpersoonlijke psychotherapie** zag men dat gedachten aan de dood en suïcidegedachten bij depressieve ouderen sterk daalden tijdens de behandeling. Deze daling was sterker bij ouderen met een laag suïciderisico in vergelijking met ouderen met een hoog suïciderisico (Szanto et al., 2001; Szanto et al., 2003).

In de IMPACT-studie (Unützer et al., 2006) volgden depressieve ouderen gedurende 12 maanden een interventie bestaande uit **psycho-educatie, activering van gedrag, antidepressiva en een korte psychotherapie** (probleemoplossend). De interventie werd begeleid door een team bestaande uit een zorgmanager, een huisarts en een psychiater en werd op maat van de patiënt uitgewerkt. Personen die de interventie volgden vertoonden zowel op korte als op lange termijn (1 jaar na afloop van de interventie) minder suïcidegedachten dan personen in de controlegroep, alsook minder depressieve symptomen, een beter fysiek functioneren, een betere levenskwaliteit en een hogere tevredenheid met de zorg die ze ontvingen (Hunkeler et al., 2006; Unützer et al., 2002; Unützer et al., 2006). In een gelijkaardige studie, de PROSPECT-studie, vond men ook een reductie in suïcidale ideatie na een collaborative care interventie, maar deze was enkel significant bij ouderen met een majeure depressie met milde suïcidale intenties (Alexopoulos et al., 2009; Bruce et al., 2004).

In een reeks onderzoeken in Japan (Oyama et al., 2004, 2005, 2006, 2010) ging men het effect na van een combinatie van **workshops over geestelijke gezondheid voor ouderen, jaarlijkse screening op depressie, verwijzing voor behandeling voor depressie bij een huisarts of psychiater en gatekeeper training**. Bij follow-up (zelfs tot na 11 jaar) vond men een sterke reductie van het suïciderisico van ouderen in de interventieregio's, waarbij het effect voor vrouwen sterker was dan dat voor mannen.

Chan en collega's (2011) onderzochten 'The Elderly suicide prevention program', een programma dat bestond uit de **behandeling van depressie, gatekeeper training, zorg voor suïcidepogers en zorgmanagement** en vonden dat dit resulteerde in een significante daling in suïciderates in de interventiegroep.

SAMENVATTEND - PREVENTIE VAN SUÏCIDE BIJ OUDEREN: WAT WERKT?

Willen we als maatschappij suicide bij ouderen tegengaan, dan dienen we te investeren in een combinatie van volgende preventiestrategieën:

- **Bevorderen van fysieke en geestelijke gezondheid**
- **Sociale participatie aanmoedigen en versterken**
- **Een laagdrempelig zorgverleningsaanbod voorzien**
- **Vroegdetectie en behandeling van depressie en suïcidaliteit**
- **Beperken van de toegang tot middelen**

DEEL 7 – OPSTELLEN VAN EEN SUÏCIDEPREVENTIEBELEID

Waarover gaat dit deel?

Een suïcidepreventiebeleid op maat van het woonzorgcentrum, de zorginstelling of -dienst kan er mee voor zorgen dat de visie op suïcidaliteit **verankerd en gedeeld** wordt en dat de verschillende acties binnen de opvang en zorg voor suïcidale ouderen beter **op elkaar afgestemd worden**. Ook voor zorg- en hulpverleners die meer individueel werken (bv. privépraktijk, freelance, thuiszorg) is het goed om stil te staan bij hoe ze omgaan met suïcidaliteit bij oudere patiënten of cliënten. Op die manier kan de zorgverlening en zorgcontinuïteit verbeterd worden en wordt het makkelijker om de kwaliteit van opvang en zorg voor suïcidale ouderen op te volgen, te evalueren en eventueel bij te sturen. Naast een crisisplan en afspraken of aandachtspunten over de opvang en zorg voor suïcidale ouderen, kan een suïcidepreventiebeleid ook afspraken bevatten rond suïcidespecifieke vorming voor de zorg- en hulpverlener(s) en het suïcideveilig maken van de zorgomgeving.

Dit deel bevat wetenschappelijk onderbouwde aanbevelingen voor het opstellen van een suïcidepreventiebeleid met specifieke aandacht voor suïcidepreventie bij ouderen. Een algemeen overzicht van de onderdelen van een suïcidepreventiebeleid voor alle leeftijdsgroepen is te vinden in de richtlijn 'Detectie en behandeling van suïcidaal gedrag' (Aerts et al., 2017).

Visie op suïcidaliteit

Uit onderzoek blijkt dat depressieve symptomen en suïcidaliteit bij ouderen ook door zorg- en hulpverleners **vaker geaccepteerd** wordt als horend bij de leeftijd en dat men bij ouderen met een doodswens minder vaak een behandeling aanbiedt en minder gelooft in het nut van een dergelijke behandeling dan bij jongeren (Callahan, Dittus, & Tierney, 1996; Deluty, 1989; Rurup et al., 2005; Uncapher, Arean, & Uncapher, 2000; Waxman & Carner, 1984). De kwaliteit van de geboden zorg aan een suïcidale oudere is dan ook in grote mate afhankelijk van de houding van de zorg- of hulpverlener ten opzichte van suïcidaal gedrag bij ouderen.

Om het suïcidepreventiebeleid zo effectief mogelijk te maken en zo veel mogelijk zelfdodingen en zelfmoordpogingen te voorkomen is het noodzakelijk dat het **belang van suïcidepreventie bij ouderen** gedragen wordt door elke zorg- en hulpverlener. Daarnaast moet deze visie ook uitgedragen worden naar de ouderen zodat zij weten dat ze met vragen

over zelfmoord of wanneer ze nood hebben aan een gesprek terecht kunnen bij de zorg- of hulpverlener.

Crisisplan

Om voorbereid te zijn op een suïcidale crisis van een oudere, kan op voorhand al een **stappenplan** uitgewerkt worden voor noodsituaties. Voorbeelden van dergelijke noodsituaties zijn een ernstig suïciderisico, een zelfmoordpoging of een overlijden door zelfmoord. Dit crisisplan dient op maat van de zorgverlening opgesteld te worden en is best zo concreet mogelijk.

Volgende zaken kunnen opgenomen worden in dit crisisplan:

- **Welke hulp** kan ingeschakeld worden (bv. nooddiensten, huisartsenwachtpost, mobiel crisisteam, opname, ...)?
- **Veiligheid** organiseren (bv. verhoogd toezicht, suïcidemiddelen verwijderen, medicatiebeheer, ...)
- Wie dient **op de hoogte** gebracht worden van de crisissituatie? (bv. behandelend arts, afdelingshoofd, partner of andere naasten van de oudere, ...)
- **Opvang** van medepatiënten, betrokken zorg- en hulpverleners, naasten of nabestaanden
- Opzetten van **vervolgzaam** en bewaken van zorgcontinuïteit
- **Evaluatie** van de crisissituatie (zie verder)

De Suïcidepreventiewerking van de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg kan, in het kader van een breder suïcidepreventiebeleid, een zorginstelling of –dienst ondersteunen bij het opstellen van een crisisplan op maat (zie Ondersteunde diensten).

Protocol van signaalherkenning tot behandeling

Wanneer **signalen** van zelfmoordgedachten aanwezig zijn of wanneer de oudere symptomen van depressie vertoont, is het aan te raden om de aanwezigheid van zelfmoordgedachten proactief te bevragen. Dit is een taak van elke zorg- of hulpverlener. Het **suïciderisico** dient ingeschat te worden en in het suïcidepreventiebeleid kan opgenomen worden hoe over dit suïciderisico gecommuniceerd kan worden naar andere betrokken zorg- en hulpverleners. Na het inschatten van het suïciderisico dient er een **vervolgzaam** opgesteld te worden met mogelijke verdere stappen die ondernomen kunnen worden indien er een suïciderisico aanwezig is.

Vorming en ondersteuning

Depressieve symptomen bij ouderen worden slechts door een minderheid van de zorg- en hulpverleners herkend (Teresi, Abrams, Holmes, Ramirez, & Eimicke, 2001) en zorg- en hulpverleners geven aan over onvoldoende kennis en vaardigheden te beschikken om suïcidale ouderen op een gedegen manier op te volgen (Callahan et al., 1996).

Het voorzien van **training** voor zorg- en hulpverleners over het herkennen en bespreken van zelfmoordgedachten bij ouderen is dan ook essentieel. Dergelijke training dient afgestemd te worden op de rol die iemand opneemt (bv. arts, zorgkundige, psycholoog) en de context waarin die in contact komt met de oudere (bv. binnen zorginstelling, in privépraktijk, aan huis). In een training kan ook aandacht gaan naar de visie op suïcidepreventie en naar afspraken die er binnen de zorginstelling of -dienst en binnen de regio gemaakt werden met betrekking tot suïcidepreventie.

Belangrijk bij het opvolgen en begeleiden van suïcidale ouderen is dat de zorg- of hulpverlener weet dat die er niet alleen voor staat, de **eigen draagkracht** in het oog houdt en niet aarzelt om hulp in te schakelen of ondersteuning te vragen. Het is belangrijk dat zorg- en hulpverleners geen drempels ervaren om bij elkaar ten rade te gaan wanneer ze twijfelen over de risico-inschatting of de meest gepaste begeleiding. In het bijzonder wanneer zich een suïcidepoging of suïcide voordoet bij een oudere, is het belangrijk dat er tijd gemaakt wordt voor **intervisie en ondersteuning** van alle betrokken zorg- en hulpverleners, voor ondersteuning van naasten en mantelzorgers, en voor ondersteuning van eventuele medepatiënten of -cliënten. Zie de richtlijn 'Detectie en behandeling van suïcidaal gedrag' (Aerts et al., 2017) voor meer informatie over hoe dit georganiseerd kan worden.

Suïcideveilige thuis- en zorgomgeving

Zoals beschreven in de preventiestrategieën (zie deel 6) is het **beperken van middelen** om zelfmoord te plegen één van de meest effectieve strategieën om zelfmoord te voorkomen. Dit dient dan ook vertaald te worden in het beleid van een dienst, praktijk of zorginstelling. Daarin kan worden beschreven hoe kan worden toegezien op veiligheid in de thuisomgeving (bv. door mantelzorgers of thuisverpleegkundigen) of hoe de toegang tot middelen in een woonzorgcentrum of zorginstelling (denk aan de toegang tot psychofarmaca en de infrastructuur van de omgeving) kan worden aangepast. Meer hierover lees je in deel 6.

Verder is het belangrijk dat ouderen weten waar ze terecht kunnen voor **hulp**. Maak voor residentiële ouderen intramurale zorgverlening zo toegankelijk mogelijk en zorg zowel voor residentiële en ambulante als voor ouderen die thuiszorg krijgen voor samenwerkingsafspraken met externe hulpverleners of zorginstanties. Het bekendmaken

van anonieme hulpverlening zoals de Zelfmoordlijn (bereikbaar via het nummer 1813 of www.zelfmoord1813.be) kan de drempel tot hulp verlagen.

Registratie en evaluatie

Zowel de inschatting van het **suïciderisico** als eventuele **suïcidepogingen** dienen geregistreerd en bijgehouden te worden zodat alle betrokken zorg- en hulpverleners hiervan op de hoogte kunnen zijn. Er dient afgesproken te worden door wie en waar deze registratie gebeurt en hoe hierover gecommuniceerd wordt naar andere betrokken zorg- en hulpverleners.

Wanneer een oudere een suïcidepoging onderneemt of overlijdt door zelfmoord is het belangrijk dat deze gebeurtenis na afloop **geëvalueerd** wordt met de betrokken zorg- en hulpverleners. Er dient nagegaan te worden hoe dit is kunnen gebeuren en welke maatregelen genomen kunnen worden om dergelijke gebeurtenissen in de toekomst te vermijden. Deze oefening kan gevoelig liggen, dus er dient over gewaakt te worden dat dit in een veilige sfeer gebeurt.

Ook het **suïcidepreventiebeleid** zelf dient regelmatig geëvalueerd te worden om na te gaan in welke mate het gedragen is en opgevolgd wordt en waar zich de verbeterpunten bevinden. Er dient afgesproken te worden wanneer en door wie dit gebeurt en hoe de resultaten van deze evaluatie opgevolgd zullen worden.

SAMENVATTEND – AANBEVELINGEN SUÏCIDEPREVENTIEBELEID

Stel een suïcidepreventiebeleid op om de opvang en zorg voor suïcidale personen te verankeren. Belangrijke aspecten binnen dit beleid zijn:

- **Visie op suïcidaliteit en suïcidepreventie bij ouderen**
- **Crisisplan**
- **Protocol voor aanmelding en begeleiding**
- **Vorming en ondersteuning voor de zorg- en hulpverleners**
- **Suïcideveilige thuis- en zorgomgeving**
- **Registratie en evaluatie van suïciderisico, suïcidepogingen en suïcides**

VERDERE INFO EN ONDERSTEUNING

Richtlijn voor detectie en behandeling van suïcidaal gedrag



De multidisciplinaire richtlijn voor detectie en behandeling van suïcidaal gedrag geeft aanbevelingen voor de opvang en zorg voor suïcidale personen binnen de gezondheidszorg. Volgende thema's komen hierin aan bod:

- Detecteren en bespreken van suïcidaliteit
- Interventies om het suïciderisico te verlagen
- Wat te doen na een suïcidepoging?
- Wat te doen na een suïcide?
- Hoe een suicidepreventiebeleid opstellen?

Deze richtlijn is beschikbaar als pdf en in boekvorm (<https://sp-reflex.zelfmoord1813.be/publicaties.php>), maar kan ook online doorlopen en inge oefend worden aan de hand van een gratis e-learning: www.zelfmoord1813.be/sp-reflex.

Suicidepreventiewerking van de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG-SP)



CGG-SP heeft een consultfunctie wat betreft suicidepreventie. Zorg- en hulpverleners kunnen bij de suicidepreventiewerking in hun regio terecht met concrete vragen over de begeleiding van suïcidale personen. Daarnaast biedt CGG-SP ook ondersteuning bij het opmaken van een suicidepreventiebeleid en geeft ze vormingen met betrekking tot suicidepreventie. CGG-SP kan ook een trekkende, faciliterende of ondersteunende rol spelen bij het opstarten van een regionaal netwerk ter bevordering van de zorgcontinuïteit voor suïcidale personen.

Meer info en contactgegevens: www.zelfmoord1813.be/hulpverlening/ondersteuning-door-cgg

ASPHA



Met praktijkgerichte vragen en casussen met betrekking tot het begeleiden van suïcidale personen kunnen zorg- en hulpverleners ook terecht bij ASPHA. ASPHA is bereikbaar via telefoon op 024 24 3000 (elke werkdag tussen 9u en 21u) of via e-mail: info@aspha.be

Meer info is te vinden op: www.zelfmoord1813.be/aspha

REFERENTIES

- Abrams, R. C., Leon, A. C., Tardiff, K. J., Marzuk, P., Li, C., & Gales, S. (2009). Antidepressant use in elderly suicide victims in New York City: an analysis of 255 cases. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70(3), 312-317.
- Aerts, S., Dumon, E., van Heeringen, K., & Portzky, G. (2017). *Detectie en behandeling van suïcidaal gedrag. Multidisciplinaire richtlijn voor hulpverleners in de gezondheidszorg*. Gent: Politeia. <https://sp-reflex.zelfmoord1813.be/pdf/richtlijn.pdf>
- Agentschap Zorg en Gezondheid (2018). Zelfdoding per leeftijd – 2016. <https://www.zorg-en-gezondheid.be/zelfdoding-per-leeftijdsgroep-2016>
- Aizenberg, D., Olmer, A. & Barak, Y. (2006). Suicide attempts amongst elderly bipolar patients. *Journal of Affective Disorders*, 91(1), 91-94.
- Alexopoulos, G. S., Reynolds III, C. F., Bruce, M. L., Katz, I. R., Raue, P. J., Mulsant, B. H., et al. (2009). Reducing suicidal ideation and depression in older primary care patients: 24-month outcomes of the PROSPECT study. *American Journal of Psychiatry*. <http://ajp.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.ajp.2009.08121779>
- Alexopoulos GS, Katz IR, Reynolds CF, III, Carpenter D, Docherty JP, Ross RW. (2001). Pharmacotherapy of depressive disorders in older patients: a summary of the expert consensus guidelines. *Journal of Psychiatric Practice*, 7, 361-76
- Almeida, O. P., Pirkis, J., Kerse, N., Sim, M., Flicker, L., Snowdon, J., ... & Stocks, N. (2012). A randomized trial to reduce the prevalence of depression and self-harm behavior in older primary care patients. *The Annals of Family Medicine*, 10(4), 347-356.
- Ashida, S., & Heaney, C. A. (2008). Differential associations of social support and social connectedness with structural features of social networks and the health status of older adults. *Journal of Aging and Health*, 20(7), 872-93.
- Barak, Y. & Aizenberg, D. (2006). Association between antidepressant prescribing and suicide in Israel. *International Clinical Psychopharmacology*, 21, 281-4.
- Barak, Y., Olmer, A. & Aizenberg, D. (2006). Antidepressants reduce the risk of suicide among elderly depressed patients. *Neuropsychopharmacology*, 31(1), 178-181.
- Barnow, S., Linden, M., & Freyberger, H.-J. (2004). The relation between suicidal feelings and mental disorders in the elderly: results from the Berlin Aging Study (BASE). *Psychological Medicine*, 34(4), 741-6.
- Bergh, I., Steen, G., Waern, M., Johansson, B., Oden, A., Sjostrom, B., & Steen, B. (2003). Pain and its relation to cognitive function and depressive symptoms: A Swedish population study of 70-year-old men and women. *Journal of Pain and Symptom Management*, 26(4), 903-912.
- Betz, M.E., Arias, S.A., Segal, D.L., Miller, I., Carnargo, C.A., Jr., & Boudreaux, E.D. (2016). Screening for suicidal thoughts and behaviors in older adults in the emergency department. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64, e72-e77.
- Bonnewyn, A. (2016). *Wish to Die in the Twilight of Life. An explorative study on age-specific psychological factors determining the wish to die and suicidal thoughts and behaviours in older adults*. KU Leuven.
- Bonnewyn, A., Shah, A., Bruffaerts, R., & Demyttenaere, K. (2017). Factors determining the balance between the wish to die and the wish to live in older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 32(6), 685-691.
- Bonnewyn, A., Shah, A., Bruffaerts, R., Schoevaerts, K., Rober, P., Van Parys, H., & Demyttenaere, K. (2014). Reflections of Older Adults on the Process Preceding Their Suicide Attempt: A Qualitative Approach. *Death Studies*, 38(9), 612-618.
- Bonnewyn, A., Shah, A., & Demyttenaere, K. (2009). Suicidality and suicide in older people. *Reviews in Clinical Gerontology*, 19(4), 271-294.

- Bruce, M. L., Ten Have, T. R., Reynolds, C. F., Katz, I. I., Schulberg, H. C., Mulsant, B. H., et al. (2004). Reducing suicidal ideation and depressive symptoms in depressed older primary care patients: a randomized controlled trial. *JAMA*, 291(9), 1081–91.
- Butcher, H.K. & Ingram, T.N. (2018). Evidence-based practice guideline: Secondary prevention of late-life suicide. *Journal of Gerontological Nursing*, online 12 september 2018.
- Callahan, C. M., Dittus, R. S., & Tierney, W. M. (1996). Primary care physicians' medical decision making for late-life depression. *Journal of General Internal Medicine*, 11, 218–225.
- Chan, S.S., Leung V.P., Tsoh J., et al. (2011). Outcomes of a two-tiered multifaceted elderly suicide prevention program in a Hong Kong Chinese community. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(2), 185–96
- Chang, Q.S.; Chan, C.H., & Yip, P.S.F. (2017). A meta-analytic review on social relationships and suicidal ideation among older adults. *Social Science & Medicine*, 191, 65-76.
- Cheung, G., Edwards, S., & Sundram, F. (2017). Death wishes among older people assessed for home support and long-term aged residential care. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 32(12), 1371-1380.
- Cheung, G., Merry, S., & Sundram, F. (2015). Late-life suicide: Insight on motives and contributors derived from suicide notes. *Journal of Affective Disorders*, 185, 17-23.
- Cipriani, A., Hawton, K., Stockton, S., & Geddes, J. R. (2013). Lithium in the prevention of suicide in mood disorders: updated systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 346, f3646.
- Clark, L., Dombrowski, A. Y., Siegle, G. J., Butters, M. A., Shollenberger, C. L., Sahakian, B. J., & Szanto, K. (2011). Impairment in Risk-Sensitive Decision-Making in Older Suicide Attempters With Depression. *Psychology and Aging*, 26(2), 321-330.
- Connell, J., & Lewitzka, U. (2018). Adapted psychotherapy for suicidal geriatric patients with depression. *BMC Psychiatry* 18, 203.
- Conwell, Y. (2014). Suicide later in life. Challenges and priorities for prevention. *American Journal of Preventive Medicine*, 47(3S2), S244–S250. <http://actionallianceforsuicideprevention.org/sites/actionallianceforsuicideprevention.org/files/Suicide Later in Life.pdf>
- Conwell, Y., & Caine, E. D. (1991). Rational Suicide and the Right to Die. *New England Journal of Medicine*, 325(15), 1100–1103.
- Conwell, Y., Duberstein, P. R., Cox, C., Hermann, J., Forbes, N., & Caine, E. D. (1998). Age differences in behaviors leading to completed suicide. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 6(2), 122-126
- Conwell, Y., & Thompson, C. (2008). Suicidal behavior in elders. *The Psychiatric Clinics of North America*, 31(2), 333–56.
- Conwell, Y., Van Orden, K., & Caine, E. D. (2011). Suicide in older adults. *The Psychiatric Clinics of North America*, 34(2), 451–68, ix.
- Cougnard, A., Verdoux, H., Grolleau, A., Moride, Y., Begaud, B. & Tournier, M. (2009). Impact of antidepressants on the risk of suicide in patients with depression in real-life conditions: a decision analysis model. *Psychological Medicine*, 39(8), 1307-1315
- Crosby, A. E., Cheltenham, M. P., & Sacks, J. J. (1999). Incidence of suicidal ideation and behavior in the United States, 1994. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 29(2), 131-140.
- Cuijpers, P., de Beurs, D. P., van Spijker, B. A. J., Berking, M., Andersson, G., & Kerkhof, A. J. F. M. (2013). The effects of psychotherapy for adult depression on suicidality and hopelessness: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 144(3), 183-190.
- Declercq, T., Habraken, H., van den Aemele, H., Callens, J., De Lepeleire, J., & Cloetens, H. (2017). *Richtlijn voor goede medische praktijkvoering: Depressie bij volwassenen*. Antwerpen: Domus Medica vzw.

- De Fazio, P., Gaetano, R., Caroleo, M., Pavia, M., De Sarro, G., Fagiolini, A., & Segura-Garcia, C. (2017). Lithium in late-life mania: a systematic review. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 13, 755.
- 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. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 181, 226–9. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12204927>
- De Leo, D., Draper, B. M., Snowden, J., & Kolves, K. (2013). Suicides in older adults: A case-control psychological autopsy study in Australia. *Journal of Psychiatric Research*, 47(7), 980-988.
- Deluty, R. H. (1989). Factors affecting acceptability of suicide. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 19(4), 1988–1989.
- Deuter, K., Procter, N., Evans, D., & Jaworski, K. (2016). Suicide in older people: Revisioning new approaches. *International Journal of Mental Health Nursing*, 25(2), 144-150.
- Dong, X. Q., Chang, E. S., Zeng, P., & Simon, M. A. (2015). Suicide in the Global Chinese Aging Population: A Review of Risk and Protective Factors, Consequences, and Interventions. *Aging and Disease*, 6(2), 121-130. doi:10.14336/Ad.2014.0223
- Dozeman, E., Van Marwijk, H. W. J., Van Schaik DJF, Smit, F., Stek, M. L., Van der Horst, H. E., et al. (2013). Preventie van depressie en angst in verzorgingstehuizen. *Huisarts wet*, 56(4), 154-158.
- Draper, B. (2014). Suicidal behaviour and suicide prevention in later life. *Maturitas*, 79(2), 179-183.
- Draper, B., Almeida, O., Starkstein, S., & Lautenschlager, N. (2014). Depression and Suicide in Late Life: Considerations for Prevention. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 48, 39-39.
- Draper, B., Brodaty, H., Low, L.-F., Richards, V., Paton, H., & Lie, D. (2002). Self-Destructive Behaviors in Nursing Home Residents. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(2), 354–358.
- Draper, B., Peisah, C., Snowden, J., & Brodaty, H. (2010). Early dementia diagnosis and the risk of suicide and euthanasia. *Alzheimers & Dementia*, 6(1), 75-82.
- Drayer, R. A., Mulsant, B. H., Lenze, E. J., Rollman, B. L., Dew, M. A., Kelleher, K., ... Reynolds, C. F. (2005). Somatic symptoms of depression in elderly patients with medical comorbidities. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(10), 973–982.
- Duberstein, P. R., Conwell, Y., Seidlitz, L., Lyness, J. M., Cox, C., & Caine, E. D. (1999). Age and Suicidal Ideation in Older Depressed Inpatients. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 7(4), 289–296.
- Erlangsen, A., Nordentoft, M., Conwell, Y., Waern, M., De Leo, D., Lindner, R., ... & Draper, B. (2011). Key considerations for preventing suicide in older adults: Consensus opinions of an expert panel. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 32(2), 106-109.
- Erlangsen, A., Stenager, E., & Conwell, Y. (2015). Physical diseases as predictors of suicide in older adults: a nationwide, register-based cohort study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(9), 1427-1439.
- Fässberg, M. M., van Orden, K. A., Duberstein, P., Erlangsen, A., Lapierre, S., Bodner, E., ... Waern, M. (2012). A systematic review of social factors and suicidal behavior in older adulthood. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9(3), 722–45.
- Fischer, L. R., Wei, F., Solberg, L. I., Rush, W. A., & Heinrich, R. L. (2003). Treatment of elderly and other adult patients for depression in primary care. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(11), 1554-1562.
- Fiske, A., & Arbore, P. (2001). Future Directions in Late Life Suicide Prevention. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 42(1), 37–53.
- Fiske, A., & O'Riley, A.A. (2016). Toward an understanding of late life suicidal behavior: The role of lifespan development theory. *Aging & Mental Health*, 20, 123-130.

- Fiske, A., Wetherell, J. L., & Gatz, M. (2009). Depression in Older Adults. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 363.
- Frierson, R. L. (1991). Suicide Attempts by the Old and the Very Old. *Archives of Internal Medicine*, 151(1), 141.
- Geduldig, E. T., & Kellner, C. H. (2016). Electroconvulsive therapy in the elderly: new findings in geriatric depression. *Current psychiatry reports*, 18(4), 40.
- Gisle, L. (2014). Geestelijke gezondheid. In J. Van Der Heyden & R. Charafeddine (Eds.), *Gezondheidsenquête 2013. Rapport 1: Gezondheid en Welzijn* (pp. 795-954). Brussel: WIV-ISP. https://his.wiv-isp.be/nl/Gedeelde_documenten/WB_NL_2013.pdf
- Givens, J. L., Datto, C. J., Ruckdeschel, K., Knott, K., Zubritsky, C., Oslin, D. W., ... & Barg, F. K. (2006). Older patients' aversion to antidepressants: a qualitative study. *Journal of General Internal Medicine*, 21(2), 146-151.
- Gustavson, K.A., Alexopoulos, G.S., Niu, G.C., McCulloch, C., Meade, T. & Arean, P.A. (2016). Problem-solving therapy reduces suicidal ideation in depressed older adults with executive dysfunction. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(1), 11-17
- Hall, W. D., Mant, A., Mitchell, P. B., Rendle, V. A., Hickie, I. B., & McManus, P. (2003). Association between antidepressant prescribing and suicide in Australia, 1991-2000: trend analysis. (7397), 1008.
- Hatcher, S., & Stubbersfield, O. (2013). Sense of Belonging and Suicide: A Systematic Review. *Canadian Journal of Psychiatry-Revue Canadienne De Psychiatrie*, 58(7), 432-436.
- Hawton, K., & Harriss, L. (2008). How Often Does Deliberate Self-Harm Occur Relative to Each Suicide? A Study of Variations by Gender and Age. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38(6), 650-660.
- Heisel, M. J., & Duberstein, P. R. (2005). Suicide prevention in older adults. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12(3), 242-259.
- Heisel, M. J., Duberstein, P. R., Talbot, N. L., King, D. A., & Tu, X. M. (2009). Adapting Interpersonal Psychotherapy for Older Adults at Risk for Suicide: Preliminary Findings. *Professional Psychology, Research and Practice*, 40(2), 156-164.
- Heisel, M. J., & Flett, G. L. (2004). Purpose in life, satisfaction with life, and suicide ideation in a clinical sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(2), 127-135.
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., & Layton, J. B. (2010). Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS Medicine*, 7(7), e1000316.
- Hunkeler, E.M., Katon, W., Tang, L., Williams, J.W. Jr, Kroenke K., Lin L.H.B., et al. (2006). Long term outcomes from the IMPACT randomized trial for depressed elderly patients in primary care. *British Medical Journal*, 332, 259-263.
- Juurink, D. N., Mamdani, M. M., Kopp, A., & Redelmeier, D. A. (2006). The risk of suicide with selective serotonin reuptake inhibitors in the elderly. *American Journal of Psychiatry*, 163(5), 813-821.
- Kalmar, S., Szanto, K., Rihmer, Z., Mazumdar, S., Harrison, K., & Mann, J. J. (2008). Antidepressant prescription and suicide rates: effect of age and gender. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38(4), 363-374.
- Kellner, C. H., Fink, M., Knapp, R., Petrides, G., Husain, M., Rummans, T., et al. (2005). Relief of expressed suicidal intent by ECT: a consortium for research in ECT study. *American Journal of Psychiatry*, 162(5), 977-982.
- Kenniscentrum Woonzorg Brussel (2014). *Masterplan woonzorg Brussel 2014-2020. Psychisch welbevinden*.
- Kiosses, D. N., Ravdin, L. D., Gross, J. J., Raue, P., Kotbi, N., & Alexopoulos, G. S. (2015). Problem adaptation therapy for older adults with major depression and cognitive impairment: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 72(1), 22-30.

- Kjolseth, I., Ekeberg, O., & Steihaug, S. (2009). "Why do they become vulnerable when faced with the challenges of old age?" Elderly people who committed suicide, described by those who knew them. *International Psychogeriatrics*, 21(5), 903-912.
- Koning Boudewijnstichting. (2012). *Oud word je niet alleen*. https://www.kuleuven.be/lucas/nl/Publicaties/publi_upload/2012_Rapport_Isolement_Ouderen.pdf
- Krause N. (2007). Evaluating the stress-buffering function of meaning in life among older people. *Journal of Aging and Health*, 19, 792-812.
- Lamberty, G. J., & Bieliauskas, L. A. (1993). Distinguishing Between Depression and Dementia in the Elderly: A Review of Neuropsychological Findings. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 8, 14-170.
- Lapierre, S., Dubé, M., Bouffard, L., & Alain, M. (2007). Addressing suicidal ideations through the realization of meaningful personal goals. *Crisis*, 28(1), 16-25.
- Lapierre, S., Erlangsen, A., Waern, M., De Leo, D., Oyama, H., Scocco, P., et al. (2011). A systematic review of elderly suicide prevention programs. *Crisis*, 32(2), 88-98.
- Lebowitz, B. D., Pearson, J. L., Schneider, L. S., Reynolds, C. F., Alexopoulos, G. S., Bruce, M. L., et al. (1997). Diagnosis and treatment of depression in late life. Consensus statement update. *JAMA*, 278(14), 1186-1190.
- Lin, E.H.B., Katon, W., Von Korff, M., Tang, L., Williams, J.W. Jr, Kroenke, K., et al., for the IMPACT Investigators. (2003). Effect of improving depression care on pain and functional outcomes among older adults with arthritis. *JAMA*, 290, 18.
- Linden, M., & Barnow, S. (1997). The Wish to Die in Very Old Persons Near the End of Life: A Psychiatric Problem? Results From the Berlin Aging Study. *International Psychogeriatrics*, 9(3), 291-307.
- Lindner, R., Foerster, R., & von Renteln-Kruse, W. (2014). Physical distress and relationship problems Exploring the psychosocial and intrapsychic world of suicidal geriatric patients. *Zeitschrift Fur Gerontologie Und Geriatrie*, 47(6), 502-507.
- Lindner, R., & Sandner, M. (2015). Psychotherapy on the domestic couch. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 65(6), 204-212.
- Liu, I.-C., & Chiu, C. (2009). Case-control study of suicide attempts in the elderly. *International Psychogeriatrics*, 21(05), 896.
- Lliorente, M.D., Burkte, M., Gregory, G.R., Bosworth, H.B., Grambow, S.C. Horner, R.D., et al. (2005). Prostate cancer, a significant risk factor for latelife suicide. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13, 195-201.
- Lodhi, L. M., & Shah, A. (2004). Psychotropic prescriptions and elderly suicide rates. *Medicine, Science and the Law*, 44, 236-44.
- Luoma, J. B., Catherine, M. A., Martin, E., Jane, M. A., & Pearson, L. (2002). Contact With Mental Health and Primary Care Providers Before Suicide: A Review of the Evidence. *Am J Psychiatry*, 1596.
- Malfent, D., Wondrak, T., Kapusta, N. D., & Sonneck, G. (2010). Suicidal ideation and its correlates among elderly in residential care homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25(8), 843-849.
- McIntosh, Santos, Hubbard, & Overholser (1994). Elder suicide: research, theory and treatment. Washington, DC, American Psychological Association.
- McLaren, S., Gomez, R., Bailey, M., & Van Der Horst, R. K. (2007). The association of depression and sense of belonging with suicidal ideation among older adults: Applicability of resiliency models. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(1), 89-102.
- 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. *Lancet Psychiatry*, 3(6), 544-554.

- Meisekothen, L. M. (1993). Noncompliance in the Elderly: A Pathway to Suicide. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 5(2), 67–72.
- Mérelle, S., Foppen, E., Gilissen, R., Mokkenstorm, J., Cluitmans, R., & Van Ballegooijen, W. (2018). Characteristics Associated with Non-Disclosure of Suicidal Ideation in Adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health Article Int. J. Environ. Res. Public Health*, 15.
- Merrill, J., & Owens, J. (1990). Age and attempted suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 82(5), 385–388.
- Mitchell, P.B. & Harvey, S.B. (2014). Depression and the older medical patient – When and how to intervene. *Maturitas*, 79, 153-158.
- Morgan, C., Webb, R. T., Carr, M. J., Kontopantelis, E., Chew-Graham, C. A., Kapur, N., & Ashcroft, D. M. (2018). Self-harm in a primary care cohort of older people: incidence, clinical management, and risk of suicide and other causes of death. *The Lancet Psychiatry*.
- Morin, J., Wiktorsson, S., Marlow, T., Olesen, P. J., Skoog, I., & Waern, M. (2013). Alcohol Use Disorder in Elderly Suicide Attempters: A Comparison Study. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(2), 196-203.
- Nakagawa, A., Grunebaum, M. F., Ellis, S. P., Oquendo, M. A., Kashima, H., Gibbons, R. D., & Mann, J. J. (2007). Association of suicide and antidepressant prescription rates in Japan, 1999–2003. *The Journal of clinical psychiatry*, 68(6), 908.
- Nestadt, P. S., Triplett, P., Mojtabai, R., & Berman, A. L. (2018). Universal screening may not prevent suicide. *General Hospital Psychiatry*.
- 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.
- O’Connell, H., Chin, A.-V., Cunningham, C., & Lawlor, B. A. (2004). Recent developments: suicide in older people. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 329(7471), 895–9.
- Okolie, C., Dennis, M., Thomas, E.S. & John, A. (2017). A systematic review of interventions to prevent suicidal behaviors and reduce suicidal ideation in older people. *International Psychogeriatrics*, 29(11), 1801-1824.
- O’Neil, M. (2007). Depression in the Elderly. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 38(1), 14–15.
- O’Riley, A., Van Orden, K. A., He, H., Podgorski, C., & Conwell, Y. (2012). Suicide and Death Ideation in Older Adults Obtaining Aging Services. *Gerontologist*, 52, 246-246.
- O’Riley, A., Van Orden, K. A., He, H., Richardson, T. M., Podgorski, C., & Conwell, Y. (2014). Suicide And Death Ideation in Older Adults Obtaining Aging Services. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(6), 614-622.
- Osgood, N. J. (1982). Suicide in the elderly. Are we heeding the warnings? *Postgraduate Medicine*, 72(2), 123–130.
- Oude Voshaar, R. C., Cooper, J., Murphy, E., Steeg, S., Kapur, N., & Purandare, N. B. (2011). First episode of self-harm in older age: A report from the 10-year prospective manchester self-harm project. *Journal of Clinical Psychiatry*, 72(6), 737–743.
- Oyama, H., Sakashita, T., Hojo, K., Ono, Y., Watanabe, N., Takizawa, T., ... Tanaka, E. (2010) Community-based survey and screening for depression in the elderly. The short-term effect on suicide risk in Japan. *Crisis*, 31(2), 100-108.
- Oyama, H., Watanabe, N., Ono, Y., Sakashita, T., Takenoshita, Y., Taguchi, M., ... Kumagai, K. (2005). Community-based suicide prevention through group activity for the elderly successfully reduced the high suicide rate for females. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 59(3), 337–44.
- Oyama H., Koida J., Sakashita T., Kudo K. (2004) Community-based prevention for suicide in elderly by depression screening and follow-up. *Community Mental Health Journal*, 40, 249-263.
- Oyama H., Ono Y., Watanabe N., et al. (2006). Local community intervention through depression screening and

group activity for elderly suicide prevention. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 60(1), 110–114.

Paraschakis, A., Douzenis, A., Michopoulos, I., Christodoulou, C., Vassilopoulou, K., Koutsaftis, F., & Lykouras, L. (2012). Late onset suicide: Distinction between "young-old" vs. "old-old" suicide victims. How different populations are they? *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 54(1), 136-139.

Pinquart, M. (2002). Creating and maintaining purpose in life in old age: A meta-analysis. *Ageing International*, 27(2), 90–114.

Pompili, M., Lester, D., Innamoraty, M., De Pisa, E., Amore, M., Ferrara C., et al. (2009). Quality of life and suicide risk in patients with diabetes mellitus. *Psychosomatics*, 50,16-23.

Rapp, S., Davis, K. (1989). Geriatric depression: physicians' knowledge, perceptions, and diagnostic practices. *The Gerontologist*, 29(2), 252–257.

Richard-Devantoy, S., Szanto, K., Butters, M. A., Kalkus, J., & Dombrowski, A. Y. (2015). Cognitive inhibition in older high-lethality suicide attempters. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 30(3), 274-283.

Rurup, M. L., Deeg, D. J. H., Poppelaars, J. L., Kerkhof, A. J. F. M., & Onwuteaka-Philipsen, B. D. (2011). Wishes to Die in Older People A Quantitative Study of Prevalence and Associated Factors. *Crisis-the Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 32(4), 194-203.

Rurup, M. L., Muller, M. T., Onwuteaka-Philipsen, B., van der Heide, A., van der Wal, G., & van der Maas, P. J. (2005). Requests for euthanasia or physician-assisted suicide from older persons who do not have a severe disease: an interview study. *Psychological Medicine*, 35, 665–671.

Schaakxs, R., Comijs, H. C., Lamers, F., Kok, R. M., Beekman, A. T., & Penninx, B. W. (2018). Associations between age and the course of major depressive disorder: a 2-year longitudinal cohort study. *The Lancet Psychiatry*.

Scocco, P., & De Leo, D. (2002). One-year prevalence of death thoughts, suicide ideation and behaviours in an elderly population. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(9), 842-846.

Scocco, P., Fantoni, G., Rapattoni, M., de Girolamo, G., & Pavan, L. (2009). Death Ideas, Suicidal Thoughts, and Plans Among Nursing Home Residents. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 22(2), 141-148.

Scocco, P., Rapattoni, M., Fantoni, G., Galuppo, M., De Biasi, F., de Girolamo, G., & Pavan, L. (2006). Suicidal behaviour in Nursing Homes: a survey in a region of North-East Italy. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(4), 307-311.

Shah, A., Bhat, R., Escudero, S. Z., & Erlangsen, A. (2015). Suicide rates in five-year age-bands after the age of 60 years: The international landscape. *Aging and Mental Health*.

Shah, A., & Lodhi, L. (2005). The impact of trends in psychotropic prescribing on the method of suicide in the elderly. *Medicine, Science and the Law*, 45, 115-20.

Snowden, M., & Steinman, L. (2017). Aging and the Epidemiology of Depression. In W. Satariano & M. Maus (Eds.), *Aging, Place, And Health: A Global Perspective* (pp. 378): Jones & Bartlett Learning.

Stanley, B., Brown, G. K., Brenner, L. A., Galfalvy, H. C., Currier, G. W., Knox, K. L., ... & Green, K. L. (2018). Comparison of the safety planning intervention with follow-up vs usual care of suicidal patients treated in the emergency department. *JAMA Psychiatry*.

Stone, M., Laughren, T., Jones, M. L., Levenson, M., Holland, P. C., Hughes, A., ... & Rochester, G. (2009). Risk of suicidality in clinical trials of antidepressants in adults: analysis of proprietary data submitted to US Food and Drug Administration. *BMJ*, 339, b2880.

Stroebe, M., Schut, H., & Stroebe, W. (2007). Health outcomes of bereavement. *The Lancet*, 370(9603), 1960-1973.

Suominen K, Isometsä E, Lönnqvist J. (2004). Elderly suicide attempters with depression are often diagnosed only after the attempt. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19, 35–40.

- Szanto, K., Gildengers, A., Mulsant, B. H., Brown, G. K., Alexopoulos, G. S., & Reynolds, C. F. (2002). Identification of suicidal ideation and prevention of suicidal behaviour in the elderly. *Drugs Aging*, 19(1), 11–24.
- Szanto, K., Dombrowski, A. Y., Sahakian, B. J., Mulsant, B. H., Houck, P. R., Reynolds, C. F., & Clark, L. (2012). Social Emotion Recognition, Social Functioning, and Attempted Suicide in Late-Life Depression. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(3), 257–265.
- Szanto, K., Mulsant, B. H., Houck, P., Dew, M. A., & Reynolds, C. F. (2003). Occurrence and Course of Suicidality During Short-term Treatment of Late-Life Depression. *Archives of General Psychiatry*, 60(6), 610.
- Szanto, K., Mulsant, B. H., Houck, P. R., Miller, M. D., Mazumdar, S., & Reynolds, C. F. (2001). Treatment Outcome in Suicidal vs. Non-Suicidal Elderly Patients. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 9(3), 261–268.
- Szanto, K., Kalmar, S., Hendin, H., Rihmer, Z., & Mann, J. J. (2007). A suicide prevention program in a region with a very high suicide rate. *Archives of General Psychiatry*, 64(8), 914–920.
- Teresi, J., Abrams, R., Holmes, D., Ramirez, M., & Eimicke, J. (2001). Prevalence of depression and depression recognition in nursing homes. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 36, 613–620.
- Thompson, A. H. (2008). Younger onset of depression is associated with greater suicidal intent. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 538–544.
- Uncapher, H., Areal, P. A., & Uncapher, H. (2000). Physicians Are Less Willing to Treat Suicidal Ideation in Older Patients. *Journal of American Geriatrics Society*, 48, 188–192.
- Unützer, J., Katon, W., Callahan, C. M., Williams, J. W., Hunkeler, E., Harpole, L., et al. (2002). Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting: a randomized controlled trial. *JAMA*, 288(22), 2836–45. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12472325>
- Unützer, J., Tang, L., Oishi, S., Katon, W., Williams, J. W., Hunkeler, E., et al. (2006). Reducing suicidal ideation in depressed older primary care patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(10), 1550–6.
- Vancayseele, N., Rotsaert, I., Portzky, G., & van Heeringen, C. (2018). *De epidemiologie van suïcidepogingen in Vlaanderen. Jaarverslag 2017*. www.eenheidzelfmoordonderzoek.be
- Van Hemert, A.M., Kerkhof, A.J.F.M., de Keyser, J., Verwey, B., van Boven, C., Hummelen, J.W., de Groot, M.H., Lucassen, P., Meerdinkveldboom, M., Steendam, B., Stringer, B., Verlinde, A., & van de Glinde, G. (2012). *Multidisciplinaire behandelrichtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Vanlaere, L. (2004). Zelfdoding bij ouderen: Nood aan een zorgethisch perspectief. *Ethische Perspectieven* 14, 76–81.
- Van Orden, K., & Conwell, Y. (2011). Suicides in Late Life. *Current Psychiatry Reports*, 13(3), 234–241.
- Van Orden, K., Conwell, Y. (2016). Issues in Research on Aging and Suicide. *Aging Ment Health*, 20(2): 240–251.
- Van Orden, K., & Deming, C. (2018). Late-life suicide prevention strategies: current status and future directions. *Current opinion in psychology*.
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Joiner, T. E. (2010). The Interpersonal Theory of Suicide. *Psychological Review*, 117(2), 575–600.
- Voaklander, D. C., Rowe, B. H., Dryden, D. M., Pahal, J., Saar, P., & Kelly, K. D. (2008). Medical illness, medication use and suicide in seniors: a population-based case-control study. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 62(2), 138–146.
- Waern, M. (2002). Burden of illness and suicide in elderly people: case-control study. *BMJ*, 324(7350), 1355–1355.
- Waern, M., Beskow, J., Runeson, B., & Skoog, I. (1999). Suicidal feelings in the last year of life in elderly people who commit suicide. *Lancet*, 354(9182), 917–918. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(99\)93099-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(99)93099-4)

- Waern, M., Rubenowitz, E., & Wilhelmson, K. (2003). Predictors of suicide in the old elderly. *Gerontology*, 49(5), 328–34.
- Waxman, H. M., & Carner, E. A. (1984). Physicians' recognition, diagnosis, and treatment of mental disorders in elderly medical patients. *The Gerontologist*, 24(6), 593–597.
- Wiktorsson, S., Sterner, T. R., Fassberg, M. M., Skoog, I., Berg, A. I., Duberstein, P.,... & Waern, M. (2018). Few Sex Differences in Hospitalized Suicide Attempters Aged 70 and Above. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(1).
- World Health Organization. (2014). *Preventing suicide. A global imperative*.
- Wu, J., Värnik, A., Tooding, L.-M., Värnik, P., & Kasearu, K. (2014). Suicide among older people in relation to their subjective and objective well-being in different European regions. *European Journal of Ageing*, 11, 131-140.
- Xu, H. L., Qin, L. L., Wang, J. H., Zhou, L., Luo, D., Hu, M., . . . Xiao, S. Y. (2016). A cross-sectional study on risk factors and their interactions with suicidal ideation among the elderly in rural communities of Hunan, China. *Bmj Open*, 6(4).
- Yeates, C., & Thompson, C. (2008). Suicidal behavior in elders. *Psychiatric Clinics of America*, 31(2), 333-356.
- Yeh, S.T., Ng, Y.Y. & Wu, S.C. (2017). Risk of suicide according to the level of psychiatric contact in the older people: analysis of national health insurance databases in Taiwan. *Comprehensive Psychiatry*, 74, 189-195
- 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(2), 177.
- Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., ... & Purebl, G. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *The Lancet Psychiatry*, 3(7), 646-659.
- Zhong, B. L., Chiu, H. F. K., & Conwell, Y. (2016). Rates and characteristics of elderly suicide in China, 2013-14. *Journal of Affective Disorders*, 206, 273-279.

Meer info: www.zelfmoord1813.be/sp-reflex

