
HET VÓORKOMEN EN VOORKÓMEN VAN SUÏCIDE(POGINGEN) IN OOST BRABANT

'Suicide is painless', zo luidt de titelzong uit de film 'MASH'. En hoewel we waarschijnlijk nooit zeker zullen weten in hoeverre de gekozen dood pijnloos is, wel weten we dat het voor nabestaanden, hulpverleners en andere betrokkenen een indrukwekkende gebeurtenis is.

Suicide en suïcidepogingen vormen een belangrijk probleem in de samenleving. Tot voor kort lieten zowel de internationale als de landelijke cijfers een groei zien in het aantal mensen dat jaarlijks suïcide pleegt of een suïcidepoging onderneemt. Het feit dat mensen te kennen geven dat zij het leven niet meer leefbaar vinden vraagt vanzelfsprekend om een tijdige onderkenning en herkenning van dit probleem, ook door de geestelijke gezondheidszorg.

In deze bijdrage wordt teruggekeken op vier jaar preventie van suïcide en suïcidepogingen in Oost Brabant. Naast de cijfers met betrekking tot suïcide(pogingen) wordt stilgestaan bij risicogroepen en risicofactoren.

Vervolgens worden de belangrijkste deelprojecten beschreven.

Omdat consequent de termen suïcide en suïcidepoging worden gebruikt, is een nadere begripsbepaling essentieel. Een suïcidepoging is een gedrag zonder dodelijke afloop, waarbij iemand zichzelf verwondt of een dusdanige hoeveelheid van een bepaalde stof inneemt dat de norm voor wat algemeen als therapeutisch wordt beschouwd, wordt overschreden. Als er sprake is van gedrag met dodelijke afloop en het gedrag het gevolg is van de door de persoon zelf voorgenomen en uitgevoerde handelingen, die werden

ondernomen in de wetenschap of verwachting van de (directe) dodelijke afloop, spreekt men van suïcide (Diekstra, 1981). Voor beiden geldt dat men met het gedrag een bepaalde verandering wil bewerkstelligen.

OGGZ-gelden

In augustus 1995 werden er in het kader van zorgvernieuwing extra gelden beschikbaar gesteld voor openbare GGZ-taken, gericht op groepen met

De heer Paul Hemels

Auteur sociaal psychiatrisch verpleegkundige en preventiewerker.

een verhoogd risico op een psychische stoornis. Korte tijd later vond er overleg plaats tussen enkele relevant partners, namelijk het IPZ (Instituut voor Psychiatrische Zorg), de RIBW (Regionale Instelling voor Beschermen-de Woonvormen), de Riagg (Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg) en de GGD (Gewestelijke GezondheidsDienst). Daar werd het belang vastgesteld van een Suïcide Preventie Project voor de regio.

De achterliggende motivatie was dat er sprake is van een belangrijk maatschappelijk thema, dat evident behoort tot het domein van de geestelijke gezondheidszorg. Daarnaast doet suïcidaliteit zich voor bij jeugdigen, volwassenen en ouderen. Bovendien was er reeds een stevig

fundament beschikbaar voor verdere praktijk-ontwikkeling: er kon gemakkelijk aangesloten worden bij relevante initiatieven in het werkgebied.

De zorgvernieuwingsgelden waren gebonden aan bepaalde eisen. Zo zouden de middelen besteed moeten worden aan individuen of groepen met een dreigende psychische stoornis óf een verhoogd risico daarop. Verder zou de zorg uit verschillende onderdelen moeten bestaan, namelijk:

1. signalering, screening en casefinding van de betreffende risicogroep;
2. actieve reach-out, complementaire hulpverlening en preventie;
3. consultatie en dienstverlening aan derden.

Omdat het beschikbare budget beperkt was, de financiering tijdelijk zou zijn én gezien de complexiteit van het thema werd niet zozeer gedacht aan het invoeren van wéér een zorgvernieuwingsproject, maar veel meer aan 'procesversnelling', aansluitend bij reeds lopende initiatieven in de regio. Deze keuze zou immers ook meer garanties bieden voor een duurzame inbedding van de te ontwikkelen producten, óók wanneer de tijdelijke financiering zou eindigen. Daarnaast zou er sprake kunnen zijn van een neveneffect: de noodzakelijke intensieve samenwerking met uiteenlopende partners zou kunnen leiden tot een duurzame samenwerking (patiëntenorganisaties, sleutelfiguren, somatische gezondheidszorg). Er werd, ook om die reden, gekozen voor een breed samengestelde begeleidingscommissie, een 'klankbordgroep', waarin afgevaardigden van verschillende instanties zitting hadden: GGZ Oost Brabant, GGD Brabant Noord Oost, RPCP (Regionaal Patiënten en Consumenten Platform), Ex6 (zelfhulporganisatie van suïcidale mensen) en een vertegenwoordiger van

de huisartsen.

Het vóórkomen

Suïcide

Over de gehele bevolking gezien is suïcide de zesde doodsoorzaak. Bij mannen tussen de 20 en 29 jaar is suïcide zelfs de tweede doodsoorzaak, ná verkeersongevallen.

In Nederland is het suïcidecijfer relatief laag, ongeveer 1500 per jaar. Toch ligt dit getal hoger dan het aantal verkeersdoden, dat ongeveer 1300 per jaar bedraagt.

In België en Duitsland is het suïcidecijfer twee keer zo hoog, in Frankrijk en Hongarije zelfs vier keer. In het algemeen is het suïcidecijfer bij mannen twee tot drie keer hoger dan bij vrouwen, hetgeen overigens bij suïcidepogingen precies andersom blijkt te zijn.

Wanneer de cijfers 'teruggerekend' worden naar de regio Oost Brabant, dan komt dat neer op ongeveer 50 suïcides per jaar.

Suïcide door ophanging of verwurging komt het meeste voor (39%), gevolgd door het innemen van medicijnen (15%), het zich voor een trein of auto werpen (12%), verdrinking (11%) en zich van een hoogte laten vallen (9%). Bij de gebruikte methoden blijkt ook sprake te zijn van seksespecifieke verschillen. Mannen plegen zich vooral te verhangen (44%), terwijl vrouwen meer gebruik maken van medicijnen en verdrinking (31%). Overigens is sinds de zestiger jaren zowel bij mannen als bij vrouwen een toename van suïcide door een gewelddadige methode waar te nemen.

Suïcidepogingen

In Nederland worden jaarlijks ongeveer 70.000 suïcidepogingen ondernomen, waarvan er zo'n 25.000 onder de aandacht van de medische instanties

komen. Ook deze cijfers zijn terug te rekenen naar de regio Oost Brabant. Dit zou betekenen dat er in deze regio ongeveer 2400 suïcidepogingen per jaar worden ondernomen, waarvan er 900 'medisch zichtbaar' zijn. Daarvan worden 90 suïcidepogingen ondernomen door mensen die opgenomen zijn in een klinische voorziening.

Het aantal suïcidepoging is de laatste jaren toegenomen. In tegenstelling tot bij suïcide, zijn bij suïcidepogingen de vrouwen in de meerderheid, namelijk twee keer zoveel dan bij mannen.

Recidieven

Duidelijk is gebleken dat een suïcidepoging in de voorgeschiedenis een belangrijke factor is bij het later overlijden ten gevolge van suïcide. Met andere woorden: een suïcidepoging is een belangrijke voorspeller van een geslaagde suïcide. Minstens 15% van de suïcidepogers doet binnen één jaar een nieuwe poging. Van de mensen die een suïcidepoging ondernemen, overlijdt 10 tot 14% bij een nieuwe poging.

Wanneer gekeken wordt naar de suïcidanten, dan blijkt dat 40 tot 60% van hen eerder een suïcidepoging ondernam. In dit verband is het dan ook van belang om op te merken dat het bij een suïcidepoging niét slechts gaat om een mislukte suïcide. Onderzoek (Kruyt, 1983) toonde aan dat ruim 60% van de suïcidepogingen niét gericht zijn op een daadwerkelijke beëindiging van het leven. Slechts 30% van de pogingen werd ondernomen met de intentie om te sterven. De rest vormt de groep met een ambivalente houding ten opzichte van de dood. Bij de geslaagde suïcides was de wens om te sterven vele malen groter.

Risicogroepen

Bij ongeveer de helft van de suïcidanten is er sprake van langdurige psychische instabiliteit en sociale ontwrichting. Een groot aantal van hen was onder psychiatrische behandeling, vaak naar aanleiding van eerdere suïcidepogingen.

Opvallend is dat vier van de vijf suïcidanten tijdens de drie maanden voorafgaande aan de suïcide de huisarts consulteerden voor psychiatrische en/of sociale problemen. De andere helft heeft een geheel andere voorgeschiedenis. In een betrekkelijk stabiel bestaan treedt plotseling een ernstige ontwrichting op als gevolg van verlies, ziekte of andere (traumatische) omstandigheden. De ontstane crisissituatie gaat vaak over in een depressieve episode, overmatig alcohol- en/of medicijngebruik, en tenslotte suïcide. Bij deze groep hebben meestal geen eerdere suïcidepogingen plaatsgevonden. Bij suïcidepogingen zijn drie groepen te onderscheiden. De grootste groep bestaat uit mensen bij wie relationele of andere interpersoonlijke problemen een dominante rol spelen. Veelal worden medicijnen als middel gebruikt. De tweede groep is kleiner, gebruikt hardere methoden, en er is sprake van een verhoogd risico op levensbedreigende verwondingen. De derde groep bestaat uit recidivisten die reeds een aantal – relatief lichte – pogingen ondernamen en zich openlijk vijandig gedragen ten opzichte van anderen.

Risicofactoren

In Nederland worden de meeste suïcides gepleegd door oudere mannen, vaak ongehuwd, gescheiden of verweduwd. Daarnaast zijn zij veelal werkeloos of gedeprimeerd.

De combinatie van deze verschillende factoren maakt hen tot een belangrijke risicogroep.

Overige sociale en intrapsychische risicofactoren zijn: criminaliteit en detentie, seksuele problematiek en -misbruik, kindermishandeling en geweld, opleidingsproblemen en werkeloosheid, misbruik van middelen, levensbedreigende (somatische) ziekten, migratie en asiel.

Een suïcide in de directe omgeving én de aanwezigheid van ernstige psychiatrische stoornissen verhogen het risico van een suïcide(poging) aanzienlijk.

Suïcidaliteit en psychiatrie

Gezien de doelgroep van de GGZ Oost Brabant is het van belang om stil te staan bij de relatie tussen suïcidaliteit en psychiatrie. In de geestelijke gezondheidszorg komt suïcide relatief veel vaker voor dan in de samenleving als geheel. Eén van elke 6 à 7 suïcides vindt plaats in (of bij) de intramurale geestelijke gezondheidszorg.

Daarnaast zijn er ook veel suïcides die kort ná ontslag uit de kliniek plaatsvinden. In tegenstelling tot de landelijke cijfers neemt het suïciderisico bij psychiatrische patiënten af met het stijgen van de leeftijd.

Het merendeel van de psychiatrische patiënten die zich suïcideren heeft één of meer eerdere pogingen ondernomen. Ongeveer de helft van de suïcidanten was één of meerdere keren opgenomen in een psychiatrische voorziening.

Suïcidanten in de psychiatrie zijn, blijkens de literatuur, te verdelen in enkele categorieën.

- 'Starters' in de psychiatrie. Deze groep bestaat uit 23% van de suïcidanten. Meestal jong, laag opgeleid, en met een korte

psychiatrische voorgeschiedenis. Eerder werden weinig suïcidepogingen ondernomen. Diagnostisch is vooral sprake van psychotische stoornissen of persoonlijkheidsproblematiek.

- Suïcidale 'starters' in de psychiatrie. Hier betreft het ongeveer 15% van de suïcidanten, veelal jong, hoog opgeleid, en met een korte psychiatrische voorgeschiedenis. Deze patiënten vertoonden veel suïcidaal gedrag tijdens de laatste opname. Diagnostisch is er meestal sprake van neurotische problematiek of van een persoonlijkheidsstoornis.
- Chronische suïcidale patiënten. Ongeveer 10% van de suïcidanten, met een gemiddelde leeftijd, hoog opgeleid, een lange psychiatrische voorgeschiedenis én een (familiaire) belasting met betrekking tot suïcide. Er vonden eerdere suïcidepogingen plaats.
- Jonge schizofrene patiënten. Ongeveer 25% van de suïcidanten is jong en beantwoordt aan de diagnostische criteria van schizofrenie. Naast een laag opleidingsniveau is er sprake van een lange psychiatrische voorgeschiedenis en relatief vaak opname in een psychiatrische voorziening. Ook bij deze groep is er sprake van een familiale belasting wat betreft suïcidaal gedrag.
- Oudere depressieve patiënten. Ongeveer 26% van de suïcidanten, en veelal gehuwd. Deze groep bestaat voornamelijk uit vrouwen. Er is sprake van een deels lange en een deels korte voorgeschiedenis. Overigens vertoonde deze groep zelden suïcidaal gedrag tijdens de laatste opname.

Overige feiten met betrekking tot suïcide en psychiatrische diagnose

Suïcide komt voor in elke diagnostische categorie van de DSM IV. Er zijn echter wel graduele verschillen. Zo pleegt 10% van de patiënten met schizofrenie gedurende de eerste tien jaar na manifestatie van de ziekte suïcide (over een geheel leven gezien is dit 15%). Verder is gebleken dat 40 tot 60% van de suïcidanten als depressief kan worden aangemerkt, en dat 15% van de patiënten met een depressie uiteindelijk suïcide pleegt. Ook de aanwezigheid van een posttraumatische stressstoornis vormt een reëel suïciderisico. Meestal is er sprake van een cumulatie van diagnostische syndromen en sociale en/of lichamelijke problemen, hetgeen een duidelijke risicofactor vormt. Daarnaast is gebleken dat gedurende de eerste weken ná opname in een kliniek én in de periode kort na ontslag (of vertrek tegen advies) de meeste suïcides plaatsvinden.

Het voorkómen

Omdat het ondoenlijk is om binnen dit kader alle activiteiten en producten van het Suïcide Preventie Project te beschrijven, is gekozen voor een korte uiteenzetting van de belangrijkste hoofdlijnen. Achtereenvolgens zullen de volgende deelprojecten besproken worden:

- voorlichting
- protocol bij tentamen suïcide
- groepen voor nabestaanden bij een suïcide
- module sociale netwerkinterventies
- deskundigheidsbevordering
- helpdesk.

Voorlichting

Wanneer in de directe omgeving een suïcide plaatsvindt worden nabestaanden – maar ook andere

betrokkenen – veelal geconfronteerd met ingrijpende veranderingen. Naast de emoties speelt ook de ‘waarom-vraag’ een belangrijke rol.

Op het thema suïcide rust binnen de samenleving nog (enigszins) een taboe. Allerlei mythen, vooronderstellingen en vooroordelen spelen daarbij een rol, wat het voor nabestaanden en betrokkenen moeilijk maakt om het onderwerp met anderen te bespreken.

In 1997 is er een informatiefolder ontwikkeld ten behoeve van nabestaanden en andere betrokkenen na een suïcide. Deze folder – die breed verspreid is in de regio Oost Brabant – laat zich lezen als een gids. Naast een beschrijving van het belang van het eigen sociale netwerk worden ook verschillende andere mogelijkheden van ondersteuning beschreven, zoals lotgenotencontact, bezinning (vormingswerk), gespreksgroepen en hulpverlening.

In dit verband dient opgemerkt te worden dat beïnvloeding van de populatie een belangrijke bijdrage kan leveren aan het terugdringen van suïcide(pogingen), in het bijzonder doordat het taboe wordt gereduceerd c.q. de mogelijkheden voor ondersteuning worden gemobiliseerd.

Protocol bij tentamen suïcide

Uit onderzoek is gebleken dat wie eenmaal een suïcidepoging heeft ondernomen, een aanzienlijk risico loopt dit gedrag te herhalen, én dat met het stijgen van het aantal suïcidepogingen de sterftekans ook toeneemt. Daarnaast komt tevens naar voren dat het recidiverisico sterk vergroot wordt bij gebrek aan continuïteit van zorg. Met andere woorden: een vergrote kans op herhaling (kort) ná ontslag wanneer vervolghulp niét – of niet tijdig – aansluit.

Het protocol bij tentamen suïcide is

feitelijk een samenwerkingsafspraken tussen de ziekenhuizen, de huisartsen en de GGZ Oost Brabant, waarbij een actief GGZ-aanbod naadloos aansluit bij de primaire somatische zorgverlening. Het is nadrukkelijk géén strak keurslijf. Veel meer is het een richtinggevende handleiding voor praktisch, efficiënt en zorgvuldig handelen. In die zin biedt het ook meer garantie op continuïteit van zorg. In deze formalisering en aanscherping van goed praktijkhandelen wordt enerzijds geaccentueerd dat de hulpverlening ook systeem- en omgevingsgericht dient te zijn, anderzijds dat de continuïteit van zorg letterlijk van levensbelang is. Inmiddels is het protocol in de verschillende subregio's geïmplementeerd, en – door middel van een vragenlijst – voor de eerste keer geëvalueerd. Uit de reacties is gebleken dat verreweg de meeste betrokkenen bekend zijn met het bestaan ervan, én dat velen daar ook naar handelen. Daarnaast werd ook duidelijk dat de waardering voor de reactiesnelheid van de GGZ-crisisdienst nogal varieert. Tenslotte is gebleken dat de bemoeienis vanuit de GGZ zich (nog) vooral richt op de cliënt en nauwelijks op familie en betrokken hulpverleners, terwijl het protocol de noodzaak hiertoe duidelijk aangeeft. Om de aandacht voor het protocol bij alle betrokkenen actueel te houden, zal het onderwerp regelmatig onder de aandacht gebracht dienen te worden. Over anderhalf jaar zal het opnieuw op actualiteit en effectiviteit worden getoetst.

Groepen voor nabestaanden na een suïcide

Nabestaanden na een suïcide vormen een kwetsbare groep. Naast het feit dat een groot aantal van hen ernstige psychische klachten ontwikkelt, is ook

het aantal suïcides onder hen significant groter dan onder nabestaanden van mensen die een natuurlijke dood zijn gestorven.

Bij het verwerken van het verlies door suïcide spelen naast de algemene rouwtaken een aantal complicerende elementen een rol. Door het onverwachte én het vaak gewelddadige karakter van de suïcide zijn nabestaanden veelal bezig met het vormen van een beeld van de toedracht en het zoeken naar verklaringen. Ook de taboesfeer rondom suïcide, het gebrek aan begrip en steun, en het gevoel van afwijzing spelen een rol. Tenslotte kunnen extreme schuldgevoelens en agressie voorkomen.

Gespreksgroepen voor nabestaanden behoorden al tot het aanbod van het toenmalige RIAGG. Er was echter nauwelijks sprake van een actieve werving. Opmerkelijk, zeker wanneer er vanuit wordt gegaan dat als er na elke suïcide pakweg vijf nabestaanden achterblijven, er sprake is van een enorm potentieel.

In het voorjaar van 1999 is een voorlichtingsbrochure samengesteld die – in zeer grote oplage – is verspreid onder verwijzers, sociaal-maatschappelijke instellingen en andere betrokken instanties. In de brochure wordt informatie gegeven over verlies, rouw en isolement, maar vooral worden nabestaanden gewezen op de mogelijkheid van deelname aan een gespreksgroep. Het hoofddoel daarvan is het bieden van ondersteuning bij de verwerking na een suïcide. De interactie tussen lotgenoten is daarbij een belangrijke waarde. Deelnemers leren om gedachten en gevoelens te herkennen en te ordenen (en deze naar anderen te presenteren), steun te vragen en te geven, en weerbaarder te worden.

Inmiddels hebben vele nabestaanden van het aanbod gebruik gemaakt. Uit de evaluaties werd duidelijk dat deelname als positief werd ervaren en effectief bleek te zijn.

Voor een uitgebreide en inhoudelijke beschrijving van deze gespreksgroepen wordt verwezen naar een eerdere publicatie in 'Van A tot Z' (H. v.d. Berg, jaargang 2, uitgave 1, mei 1999).

Module sociale netwerkinterventies

Bij suïcidepogers is er vaak sprake van een gebrekkige sociale integratie. In het algemeen is de steun van het sociale netwerk gemakkelijker te beïnvloeden dan een eventuele stoornis, of dan andere determinanten zoals gezin, opvoeding, copinggedrag, etcetera. In de praktijk van de preventie is het gebruikelijk om sociale netwerken in kaart te brengen, te analyseren en te beïnvloeden. Terwijl in het verleden vooral de ziektebevorderende factoren in de belangstelling stonden, wordt tegenwoordig aan sociale steun steeds meer een ziektevoorkomende rol toegeschreven. Met andere woorden: het beïnvloeden van het sociale netwerk als 'buffer' tegen ziekte. Ook op het gebied van de preventie van suïcide(pogingen) kan het beïnvloeden van het sociale netwerk een goed middel zijn. Door intensieve(re) netwerkzorg kunnen mogelijk (tentamen) suïcides voorkómen worden. Om zicht te krijgen op de kwantiteit en de kwaliteit van het sociale netwerk van suïcidepogers is in het najaar van 1998 een instrument ontwikkeld, waarmee het mogelijk is om specifieke interventies te ontwikkelen en uit te voeren. Dit instrument – de 'Module Sociale Netwerken' – is zowel bestemd voor cliënten die reeds langere tijd in behandeling zijn als voor nieuw

aangemelde cliënten die een tentamen suïcide doen.

De module bestaat feitelijk uit drie delen (netwerkanalyse, werkplan en interventies, afsluiting), verdeeld over acht sessies van 30 tot 45 minuten, gespreid over een periode van vijftien weken. Een en ander kan uitgevoerd worden door de behandelaar, al dan niet in samenwerking met een preventiewerker. Het moge duidelijk zijn dat het hier gaat om extra zorg, die naast de reguliere behandeling plaats kan vinden. Inmiddels is de module verschillende keren uitgevoerd door één van de projectmedewerkers. Daarvoor is de medewerking gevraagd van sociaal psychiatrisch verpleegkundigen (casefinding).

Deskundigheidsbevordering

In juni 1997 vond in Heeswijk-Dinther het symposium 'Zelfdoding ons een zorg, een caleidoscopische verkenning' plaats. Het symposium werd door veel professionals uit de eerste- en tweede lijn en uit het onderwijs bezocht. In een later stadium werden kleinere voorlichtings- en (bij)scholingstrajecten ontwikkeld, gericht op de educatie van verschillende beroepsgroepen: docenten van het middelbaar onderwijs, medewerkers van verpleeg- en verzorgingshuizen. Naast het geven van achtergrond- en praktische informatie én het vergroten van de signaalgevoeligheid ter zake suïcidaal gedrag, werd aandacht besteed aan de omgeving, het bespreekbaar maken, verwijsmogelijkheden en attitude. Ook binnen de eigen instelling werd aandacht besteed aan deskundigheidsbevordering. De fusie in 1998 maakte het immers mogelijk om ook binnen de klinieken en de settingen voor beschermd- en begeleid wonen een impuls te geven aan de

systematische preventie van suicide(pogingen).

In nauw overleg met verschillende sleutelfiguren van LZW-voorzieningen werden twee studiebijeenkomsten georganiseerd. Naast algemene inleidingen vonden daar drie thematisch gerichte workshops plaats: suïcidale gedachten, suïcidepogers en geslaagde suïcides.

Aan het einde van de bijeenkomsten werd plenair van gedachten gewisseld over de verdere mogelijkheden voor het terugdringen van het suïcidecijfer in het LZW-circuit. Afhankelijk van de inmiddels aangevraagde OGGZ-financiering voor vervolgprojecten zullen de ideeën, wensen en aanbevelingen omgezet gaan worden in concrete voorstellen.

De help-desk

Gedurende de afgelopen vier jaar is er veel materiaal verzameld over (preventie van) suïcide en suïcidepogingen: literatuur(studies), preventieprogramma's, draaiboeken, enzovoorts. Daarnaast hebben de projectmedewerkers zich verder geschoold met betrekking tot het thema door het volgen van studiedagen en workshops en het bezoeken van symposia en congressen. Op deze wijze is een helpdesk ontstaan, een vraagbaak voor medewerkers van binnen én van buiten de GGZ Oost Brabant. Regelmatig is verzocht om het geven van voorlichting (groepsgericht) en het beschikbaar stellen van informatie- en

voorlichtingsmateriaal. Tevens is er veelvuldig om consultatie gevraagd door behandelaren (protocollering, methodieken, attitude, enzovoorts).

Preventie van suïcide(pogingen) in de toekomst

Voor het jaar 2000 (en verder) is opnieuw financiering aangevraagd voor de volgende drie – relatief kleine – projecten met betrekking tot suïcide(pogingen):

1. Het voorkómen c.q. terugdringen van suicide(pogingen) in het LZW-circuit. Hierbij wordt gedacht aan de volgende onderdelen:
 - ontwikkeling en implementatie van een protocol bij tentamen suïcide (toegesplitst op de rehabilitatievisie),
 - ontwikkeling en implementatie van signaleringsplannen,
 - aanpassing van de module 'Sociale Netwerkinderventies',
 - realisatie van een (vervolg) deskundigheidsbevorderingstraject.
2. Voorlichting aan- en educatie van sleutelfiguren over suïcide(pogingen): het op grote schaal aanbieden van studiebijeenkomsten voor onderwijsgevend, medewerkers in de thuiszorg en medewerkers in verpleeg- en verzorgingshuizen.
3. Populatiegerichte voorlichting over suïcide(pogingen). Reductie van het taboe op suïcide(pogingen) door grootschalige (door de media) en kleinschalige (in het directe contact met maatschappelijke groeperingen) publieksvoorlichting.

Literatuur

Brunenberg, W., S. Kruyt en P. Schabel (1991)
Doodsoorzaak: suïcide. Een overzicht van onderzoek naar suïcidaal gedrag in de samenleving en in de GGZ.

Utrecht: NCGV

Bijl, R., W. Brunenberg, P. van Dijk en A. de Graaf (1992)
Suïcide in de intramurale geestelijke

gezondheidszorg. Ontwikkelingen in de periode 1984-1989.
Utrecht: NCGV

Broerse, J. (1996)
Suïcidaliteit in de geestelijke gezondheidszorg. Levenshulp of stervenshulp?
Utrecht: NCGV

Cornelisse M. & D. Bobbe (1999)
Zelfdoding: verschillen tussen denken en doen. Demografische gegevens en hulpverleningsachtergrond van mensen die wegens psychisch lijden steun bij zelfdoding zoeken.
Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 54, p.30-42

Diekstra, R.F.W. (1991)
Over suïcide. Zelfdestructie, zelfbehoud en hulpverlening.
Alphen aan de Rijn: Samson

Hoogduin, K., C. Schaap, C. Wesselingh, G. Näring, I. Hopman & J. Hell (1996)
Het voorspellen van suïcide na een eerdere zelfmoordpoging: Een pilot-studie naar de validiteit van de Pallis-schaal.

Dth jaargang 16, p.130-147

Regt, W. de & H. Janssen (1987)
Het voorkomen van suïcidepogingen. Signalerend onderzoek naar (on)mogelijkheden van suïcidepreventie in de GGZ.
Utrecht: LOP

Sande, R. van der, E. Buskens, Y. van der Graaf, E. van Rooijen, E. Allart & H. van Engeland (1998)
Geen meetbaar effect van algemene sociaal-psychiatrische nazorg voor suïcidepogers; een gerandomiseerd experiment.
Nederlands Tijdschrift Geneeskunde 24 oktober, p.142-143

Vandereycken, W., Hoogduin C. & Emmelkamp P. (1991)
Handboek psychopathologie
Houten: Bohn Stafleu Van Loghum

Paul Hemels, sociaal psychiatrisch verpleegkundige / preventiewerker
Afdeling Preventie
GGZ Oost Brabant regio Uden/Veghel
Iepenlaan 8
5461 CS Veghel