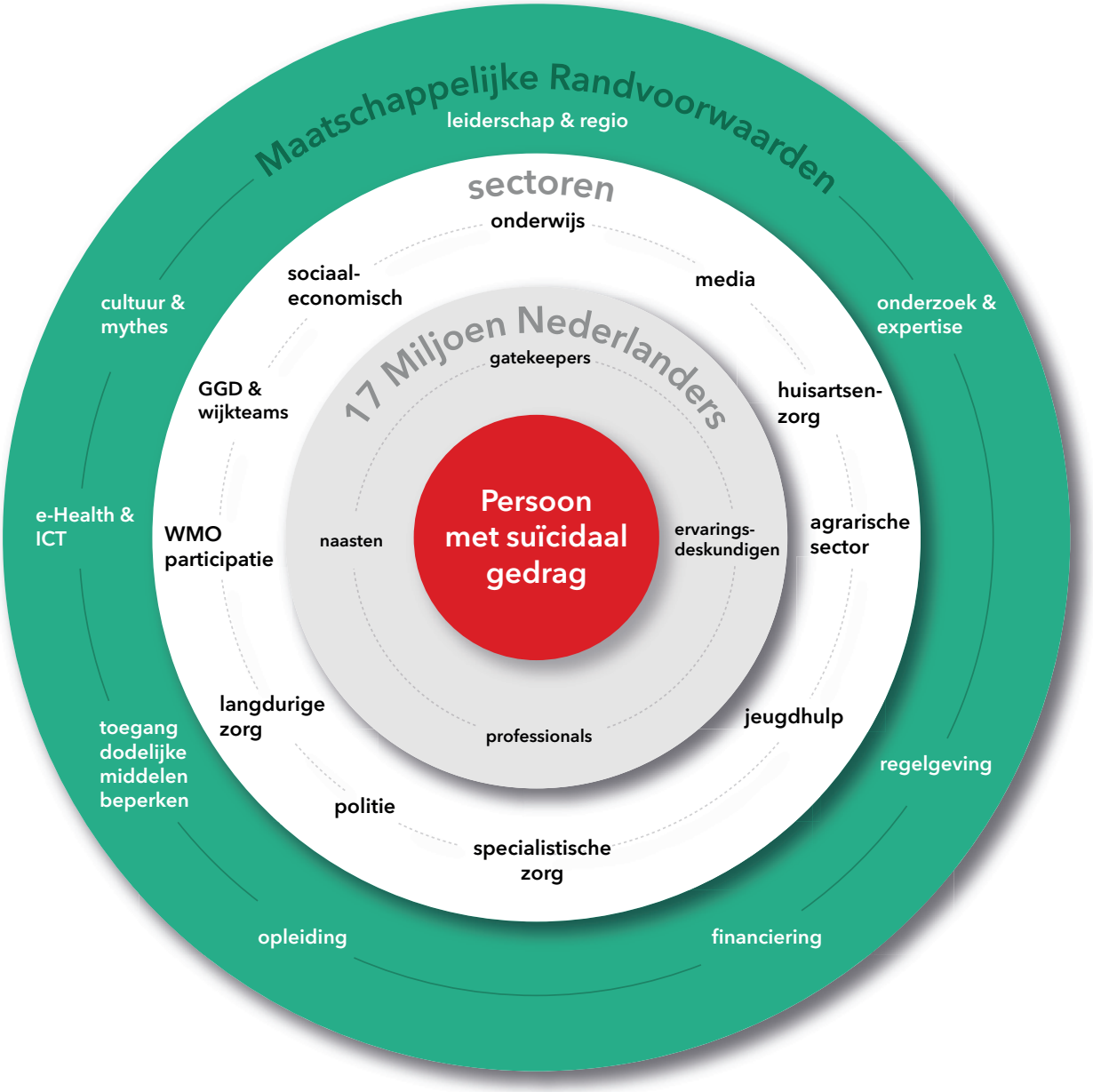
113 zelfmoord preventie

Derde Landelijke Agenda Suïcidepreventie, 2021-2025

Oktober 2020

Landelijke Agenda Suïcidepreventie



Inhoudsopgave

Samenvatting 4

Inleiding 8

De Landelijke Agenda Suïcidepreventie 2021-2025: uitgangspunten, doelstellingen en activiteiten 10

Doelstelling 1 Durven en leren praten over suïcide 14

Doelstelling 2 Professionals opleiden, bijscholen en toerusten 17

Doelstelling 3 Suïcidepreventie in de wijk verstevigen 19
A – In het onderwijs 20
B – In de sociaal-economische sector 22

Doelstelling 4 Bereik van specifieke doelgroepen vergroten 25

Doelstelling 5 Veiligheid en effectiviteit van zorg verbeteren vanuit samenwerking tussen professionals, naasten en ervaringsdeskundigen 29

Doelstelling 6 Beperking toegang tot dodelijke middelen 34

Doelstelling 7 Ontwikkelen van een landelijk lerend systeem 37

Organisatie Landelijke Agenda Suïcidepreventie 2021-2025 41

De Landelijke Agenda Suïcidepreventie 2021-2025: Projectenportefeuille en Begroting 44

Bijlage 1 STORM 50

Bijlage 2 Overzicht stakeholders 64

Bijlage 3 Lijst van afkortingen 65

Samenvatting

Suïcidepreventie verdient ieders aandacht en inzet
Gemiddeld overlijden in Nederland vijf mensen per dag aan zelfdoding. Suïcide is doodsoorzaak nummer 1 onder jongeren van 10 tot 25 jaar. Daarnaast doen 135 mensen per dag een suïcidepoging. Zo'n 40 van hen wordt hiervoor behandeld op de spoedeisende hulp. De coronacrisis en de maatschappelijke gevolgen hiervan bieden de komende jaren nog meer reden tot zorg. Net als eerdere economische crisissen leidt de pandemie naar verwachting tot meer suïcides, omdat mensen in hun wanhoop, angst of depressie geen andere uitweg zien.

De vrijblijvendheid voorbij
Tegen deze achtergrond is het van groot belang dat we ons volop blijven inzetten om het aantal suïcides en suïcidepogingen terug te dringen. Vooral door kennis over effectieve suïcidepreventie te vertalen in concrete plannen en acties. Hierbij is vanuit 113 Zelfmoordpreventie de lat welbewust hoog gelegd met het streven naar 'zero suicide'. Met dit ambitieuze doel worden alle betrokkenen uitgedaagd om hun eigen verantwoordelijkheid te nemen en echt het uiterste te doen om het aantal suïcides binnen hun eigen context tot nul te reduceren. Het is een dringend beroep om vooral te blijven leren van elk incident, kennis en expertise uit te wisselen in netwerken en zo gezamenlijk de effectiviteit van het professioneel handelen verder te vergroten. Kortom, laten we met elkaar bouwen aan nog betere suïcidepreventie, de vrijblijvendheid voorbij, vanuit het gedeelde besef dat elke suïcide er één te veel is.

Er gebeurt meer
De landelijke agenda is één van de pijlers van het landelijk preventiebeleid op het gebied van suïcide. Naast de agenda kent ons land al jaren een landelijk programma ter voorkoming van suïcides rond het spoor, dat vanuit ProRail/NS wordt vormgegeven. Ook partijen als de politie, het UWV en enkele grote gemeenten zoals Amsterdam en Den Haag zijn al jaren actief bezig met het terugdringen van suïcide onder hun werknemers, klanten en bewoners. Daarnaast gebeurt er veel aan onderzoek, binnen verschillende universiteiten en kenniscentra. Het is belangrijk dat deze initiatieven blijven bestaan, naast de activiteiten die binnen de landelijke agenda suïcidepreventie plaatsvinden. Het is onder andere de rol van 113 Zelfmoordpreventie om verbinding tussen de initiatieven te realiseren.

Netwerk verstevigen
Suïcidepreventie wint aan slagkracht met een integrale netwerkaanpak, waarbij partners de eigen expertise en die van netwerken combineren. Zo leren zij van elkaar hoe zij suïcidepreventie optimaal kunnen inbedden in hun eigen setting. Versterking van deze netwerkaanpak staat dan ook centraal in de derde Landelijke Agenda Suïcidepreventie 2021-2025, zodat nog meer mensen, bedrijven en organisaties zich aansluiten. Hierbij richten we ons met extra energie op sectoren die nog onvoldoende zijn bereikt, zoals de jeugdhulp en de sociaal-economische sector. In de jeugdhulp zetten we in op de implementatie van de aanbevelingen uit het in 2019 verschenen onderzoek naar de toedracht van suïcides door 35 jongeren.

Richtinggevend kader
Om alle plannen te voorzien van een overkoepelend en richtinggevend kader is deze derde Landelijke Agenda Suïcidepreventie 2021-2025 opgesteld. Deze agenda is voor het eerst opgebouwd rond strategische doelstellingen, maar bouwt logisch voort op alles wat er met de twee eerder uitgebrachte agenda's sinds 2014 in Nederland is neergezet binnen de zorg, het onderwijs, de sociaal-economische sector en de media.

De agenda beschrijft op hoofdlijnen de visie, ambitie, doelstellingen en activiteiten die de komende vijf jaar opgepakt, uitgewerkt en hopelijk gerealiseerd zullen worden. Deze zijn door 113 Zelfmoordpreventie samen met verschillende partners opgesteld, op verzoek van het ministerie van VWS. Binnen dit

kader zullen verschillende ministeries en vele (landelijke/regionale/lokale) stakeholders de komende jaren hun verantwoordelijkheid nemen.

In de Landelijke Agenda Suïcidepreventie 2021-2025 richten we ons op de volgende zeven doelstellingen.

1 > Durven en leren praten over suïcide.
De focus ligt hierbij op het verkleinen van het taboe op praten over suïcide; het vergroten van het bewustzijn en het aanreiken van gespreksvaardigheden die nodig zijn om suïcidaliteit bespreekbaar te maken. Dit willen we bereiken met een integrale communicatiestrategie, vertaald naar o.a. publiekscampagnes, verantwoorde, veilige berichtgeving in de media, het delen van kennis via online en social kanalen, verspreiding van hoopgevende ervaringsverhalen, voorlichting, workshops en (online) gatekeepertrainingen voor naasten en (zorg)professionals.

2 > Professionals opleiden, bijscholen en toerusten.
Het is nodig om de handelingsverlegenheid van zorgprofessionals te verkleinen en hun alertheid op suïcidale signalen te vergroten. Dit lukt alleen als we kennis en vaardigheden op het gebied van preventie, behandeling en postventie van suïcidaal gedrag inbedden in de initiële opleidingen en het bij- nascholingsaanbod van zorg- en hulpverleners, gekoppeld aan de beroepsregistraties en herregistraties. Niet alleen voor zorgprofessionals maar ook voor professionals in de sociaal-economische sector komen modules om suïcide te bespreken, vanuit de inzichten van stress-sensitief communiceren. Ook organiseren we een jaarlijks symposium waar onderwijsinstellingen, beroepsgroepen en zorgorganisaties kennis en ervaringen delen.

3 > Suïcidepreventie in de wijk verstevigen.
Inzet op laagdrempelige suïcidepreventie die is ingebed in gemeentelijk preventiebeleid is essentieel voor mensen die dichtbij huis hulp zoeken voor zichzelf, voor hun naaste of als nabestaande. Hiertoe wordt het landelijk programma SUPRANET Community – een evidence-based public health programma– verder doorontwikkeld in de GGD-regio's. Dit programma bestaat onder meer uit publieksvoorlichting en training aan medische en sociale professionals en gatekeepers die in de buurt actief zijn. We willen in deze nieuwe agenda in de wijk ook de rol van naasten, nabestaanden en ervaringsdeskundigen stimuleren.

Op scholen ligt de focus op de introductie van de effectieve ketenaanpak STORM. De bedoeling is om STORM vanuit de regio Brabant naar andere regio's te verspreiden. Ook krijgen scholen landelijk beschikking tot lessen van de MIND Young Academy en tot het leesprogramma Lief, Liever, Liefst. Om trauma en kopieergedrag na een suïcide op school of universiteit te voorkomen, komt landelijk een nazorgmodule beschikbaar.

Aanvullend hierop wordt landelijk en regionaal de aandacht voor suïcidepreventie binnen de sociaal-economische sector geïntensiveerd. De verbinding van het thema suïcidepreventie met landelijke programma's zal worden gelegd, waar dat nuttig lijkt. Dienstverleners in deze sector leren, vanuit de principes van stress-sensitief werken, naar de bredere problematiek van cliënten te kijken en suïcidaliteit te signaleren en waar nodig te verwijzen naar hulpverlening. In zes gemeenten wordt een nadere analyse gemaakt van de groep 'onzichtbare' mensen met vaak complexe problematiek, die de hulp bij psychische problematiek niet goed weten te vinden. Met ondernemers gaat 113 Zelfmoordpreventie in gesprek over de mogelijkheden om suïcidepreventie binnen het bedrijf vorm te geven, omdat dit past bij goed werkgeverschap.

4 > Bereik van specifieke doelgroepen vergroten.
Bij mannen komt suïcide ruim twee keer zo vaak voor als bij vrouwen. Daarnaast komt suïcidaal gedrag relatief vaak voor bij jongeren met psychische problemen, mensen met lesbische, homo, bi en/of transgender (LHBTI) voorkeur, mensen die een niet-fatale suïcidepoging hebben gedaan en in het ziekenhuis moeten worden behandeld, nabestaanden van mensen die zijn overleden door suïcide en agrarische ondernemers. Voor elk van deze risicogroepen worden diverse specifieke maatregelen getroffen om suïcidaal gedrag in een zo vroeg mogelijk stadium te voorkomen. Deze maatregelen zijn deels toegesneden op de doelgroepen zelf, maar ook deels gericht op professionals die vaak met deze doelgroepen in aanraking komen.

5 > Veiligheid en effectiviteit van zorg rondom suïcide verbeteren vanuit samenwerking tussen professionals, naasten en ervaringsdeskundigen.

De komende jaren worden opnieuw stappen gezet in de GGZ, de jeugdhulp, het ziekenhuis en de huisartsenpraktijk om de veiligheid en effectiviteit van zorg rondom een suïcide te verbeteren. In de GGZ en de jeugdhulp instellingen wordt gewerkt aan ontwikkeling van leiderschap waardoor medewerkers binnen een veilige context kunnen leren en de kwaliteit van zorg kunnen verbeteren. De samenwerking tussen professionals, naasten en ervaringsdeskundigen krijgt aandacht door bestaande praktijkvoorbeelden te bundelen en breder te verspreiden. In de jeugdhulp werken de instellingen aan een jeugdhulpbrede werkwijze om een cultuur van leren en verbeteren te bewerkstelligen, met gebruikmaking van de ervaringen uit de programma's Sop en SUPRANET GGZ. Het 113 netwerk ziekenhuizen breidt uit en werkt aan betere opvang, behandeling en nazorg van mensen die na een suïcidepoging in het ziekenhuis komen. Tot slot worden nog meer medewerkers in de huisartsenpraktijk getraind in suïcidepreventie.

6 > Barrières opwerpen voor dodelijke middelen.

Het terugdringen van het aantal suïcides kan niet zonder aandacht voor de 'harde kant': de middelen en omstandigheden die het mogelijk maken om suïcide te plegen. We willen met gemeenten, woningbouwverenigingen, politie, TNO, de Vereniging Nederlandse Gemeenten en de Nederlandse ggz de veiligheid van gebouwen op risicoplekken verhogen, zodat het moeilijker wordt om van grote hoogten te springen. Om suïcides door verkeerd gebruik van medicijnen tegen te gaan, trainen we apothekers, huisartsen en POH's GGZ in geneesmiddelengebruik in relatie tot suïcidaal gedrag. Daarnaast inventariseren we met de belangrijke partijen hoe we in ons land kunnen voorkomen dat mensen dodelijke dosis geneesmiddelen op een onveilige manier kunnen aanschaffen. Tot slot kijken we naar wegen om drempels op te werpen voor het gebruik van social-media als medium om suïcidaal gedrag te bevorderen.

7 > Opzet van een landelijk lerend systeem.

Nu er steeds meer onderzoek naar suïcide wordt gedaan, is het belangrijk om de resultaten daarvan centraal te verzamelen en te koppelen aan andere relevante gegevens. Hiervoor werkt 113 Zelfmoordpreventie met een brede groep van experts, onderzoekers, professionals, naasten en cliënten aan een lerend systeem waarbinnen data en kennis kunnen worden geanalyseerd, geïnterpreteerd en uiteindelijk worden ingezet voor verbeteringen in de praktijk. Als beslissingsondersteunend instrument wordt een digitale toolkit aan hulpverleners in de GGZ aangeboden, dat hen adviseert over beslissingen waar zij met de patiënt en naasten voor staan. Eén van die bronnen van kennis wordt de psychologische autopsie, een systematische reconstructie van elke suïcide, zodat we landelijk nog meer leren over de factoren die suïcides kunnen triggeren. Tot slot worden de activiteiten en impact van elk van de doelstellingen van de landelijke agenda gemonitord, zodat de agenda gaandeweg kan worden bijgesteld op basis van voortschrijdend inzicht.

Samen aan de slag!

Bij de start van deze agenda worden alle partijen actief benaderd om zich te committeren aan één of meerdere van bovenstaande strategische doelen. Vervolgens gaan zij - ondersteund door experts uit de praktijk, beroepsorganisaties, cliënten- en familieorganisaties en onderzoek - groepsgewijs aan de slag met het uitwerken van de beschreven doelen. 113 Zelfmoordpreventie fungeert hierbij als regisseur, die op hoofdlijnen stuurt, het overzicht houdt, de kwaliteit, voortgang en samenhang bewaakt, ondersteuning biedt en rapporteert aan het Ministerie van VWS. Andere betrokken ministeries voor de komende jaren zijn: SZW, OCW, IenW, JenV en LNV.

De laatste feiten en cijfers wereldwijd en in Nederland op een rij

- Wereldwijd sterven jaarlijks meer dan 800.000 mensen door suïcide, wat neerkomt op 1 persoon per 40 seconden.[1]
- Suïcide is de 15e belangrijkste doodsoorzaak wereldwijd, 1,4% van alle sterfgevallen.[1]
- Het wereldwijde zelfmoordcijfer is 11,4 per 100.000 inwoners.1 In Nederland schommelt het ook rond de 11 per 100.000 inwoners.[2]
- Strategieën met de sterkste evidentie voor zelfmoordpreventie zijn: beperking van de toegang tot dodelijke middelen; behandeling van depressie; goede ketenzorg; en universele preventie op scholen.[1,2]
- Suïcidaliteit is complex en van veel factoren afhankelijk. Suïcidale gedachten ontstaan door een wisselwerking tussen genetische, psychische, sociale en culturele factoren, soms gecombineerd met ervaringen van trauma en verlies.[1]
- In Nederland sterven jaarlijks ongeveer 1.850 mensen door zelfmoord, wat neerkomt op 5 personen per dag [3]
- Bij mannen komt suïcide bijna twee keer zo vaak voor als bij vrouwen.[3]
- De grootste risicogroep zijn mannen tussen de 40 en 70 jaar oud.[3]
- Suïcide is doodsoorzaak nummer 1 onder jongeren van 10 tot 25 jaar.[3]
- 40% van de suïcides was ten tijde van overlijden in zorg bij een GGZ-instelling.[4]
- Depressie is de meest voorkomende psychiatrische stoornis bij mensen die overlijden door zelfmoord.[1]
- Bij elke suïcide worden ongeveer 135 mensen getroffen, waarvan al gauw 10 mensen heel direct om de betrokken persoon heen staan.[1] Dit komt neer op 108 miljoen nabestaanden wereldwijd die jaarlijks worden getroffen door zelfmoord en voor Nederland ruim 250.000 mensen per jaar.
- Suïcidepogingen komen ongeveer 25 keer meer voor dan suïcide.1 In Nederland komt dit neer op bijna 50.000 pogingen per jaar, 135 pogingen per dag.
- Hiervan komen ongeveer 15.000 pogingen per jaar (40 pogingen per dag) op de spoedeisende hulp.[5]
- Suïcidepogingen komen vooral voor onder jonge vrouwen.[5]

[1] facts and figures www.iasp.info/wspd2019/
[2] Zalsman, et al (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. The Lancet Psychiatry, Volume 3, Issue 7. https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S221503661630030X
[3] Centraal Bureau voor de Statistiek https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/7022gza/table?ts=1581944660935
[4] Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd https://www.igj.nl/zorgsectoren/geestelijke-gezondheidszorg/suicidemeldingen-en-suicidepreventie
[5] VeiligheidNL

Inleiding

Urgentie voor suïcidepreventie is onverminderd
'Het terugdringen van suïcides is complex en vergt een lange adem. De afgelopen jaren zijn al veel goede stappen gezet in het kader van suïcidepreventie. De resultaten en lessen die zijn geleerd worden meegenomen bij het opstellen van de derde LA (2021-2025). De insteek van deze nieuwe LA is om met een netwerkaanpak integraal een stap verder te zetten op het terrein van suïcidepreventie....Ik heb er vertrouwen in dat we met een integrale aanpak een stap dichter komen bij het doel om het aantal suïcides terug te dringen en zal me hiervoor onverminderd blijven inzetten'.

Staatssecretaris Paul Blokhuis, kamerbrief Tweede Kamer, 31-08-2020.

Waarom een Landelijke Agenda Suïcidepreventie?
De ontwikkeling en implementatie van nationale en regionale suïcidepreventieplannen wordt al jaren sterk geadviseerd door de World Health Organisation (WHO) en door de International Association for Suïcide Prevention (IASP). Onderzoek naar het effect van nationale suïcide preventieprogramma's op de suïcidecijfers toont aan dat de suïcidecijfers dalen na implementatie van deze programma's.[1]

Op dit moment bestaat in ongeveer een derde van de westerse landen landelijk suïcidepreventiebeleid. Met het initiëren van landelijk beleid toont een overheid commitment en verantwoordelijkheid voor suïcidepreventie en worden de omvang en urgentie van het probleem door betrokken partijen erkend.

Daarnaast zijn er nog veel andere voordelen van een Landelijke Agenda Suïcidepreventie (WHO, 2012), namelijk:
- Een landelijke agenda maakt suïcidepreventie tot een landelijke prioriteit en stimuleert de bewustwording van de noodzaak van suïcidepreventie in heel het land;
- Een landelijke agenda verwoordt de visie en gemeenschappelijke doelstellingen van betrokken stakeholders, op de kortere en langere termijn;
- Een landelijke agenda verbindt de diverse domeinen en sectoren waarbinnen suïcidepreventie plaatsvindt tot een samenhangend pakket van maatregelen;
- Een landelijke agenda geeft aan welke preventieve activiteiten werken en in de praktijk geïmplementeerd gaan worden;
- Een landelijke agenda verheldert de verantwoordelijkheden en taakverdeling tussen de diverse betrokken partijen;
- Een landelijke agenda geeft een kader voor het monitoren en evalueren van de voortgang en impact en is een basis voor de benodigde inzet aan mensen en middelen;
- Een landelijke agenda biedt een context voor een gedeelde onderzoeksagenda.

Suïcidepreventiebeleid van de Nederlandse overheid
Het huidige kabinet-Rutte III heeft expliciet prioriteit gegeven aan de preventie van suïcide. De extra inzet voor suïcidepreventie van de afgelopen jaren ondersteunt bredere doelstellingen uit de regeringsverklaring zoals het doorbreken van stigma rond psychische stoornissen, preventie van psychische stoornissen (in het bijzonder depressie) en het bevorderen van inclusie van mensen die hiermee te maken hebben (in het bijzonder LHBTI's), opvang van verwarde personen, het verbeteren van de (kwaliteit en organisatie van) curatieve geestelijke gezondheidszorg, de zorg voor ouderen en de zorg voor jeugd.

In politiek opzicht lijkt er de afgelopen jaren steeds meer sprake van een breed draagvlak voor suïcide-

preventie, gegeven ook de Kamervragen en debatten die in het najaar van 2019 veelvuldig hebben plaatsgevonden. Kortom: de Landelijke Agenda Suïcidepreventie slaat aan bij talloze partijen.

Impact van ingezet beleid
Er is in het kader van de beide Landelijke Agenda's veel gebeurd de afgelopen jaren. Gestimuleerd vanuit het coördinatiepunt 113 Zelfmoordpreventie is overal in het land een veelheid aan kleine good-practices in ontwikkeling. Een groeiende groep organisaties en professionals is betrokken bij suïcidepreventie in de zorg, in de domeinen verkeer en vervoer, bij de pers en in het onderwijs. De urgentie van suïcidepreventie is ook bij (koepel)organisaties duidelijk zichtbaar, dat bleek in 2018 toen de Nederlandse ggz (toen nog GGZ Nederland) Zero Suicide als ambitie opnam in haar Next Levelstrategie voor 2020. In het plan 'Best passende zorg voor de kwetsbare jongeren' van de Branches Gespecialiseerde Zorg voor Jeugd (BGZJ) en het ministerie van VWS voor de brede jeugdsector staan maatregelen om de huidige JeugdzorgPlus (gesloten jeugdhulp) te verbeteren. Ook hier is het omlaag brengen van het aantal suïcides een kernambitie.

Ook in het sociaaleconomisch domein is er inmiddels commitment van relevante stakeholders om het thema suïcidepreventie op te pakken. Bij de politie, het UWV, de Koninklijke Beroepsorganisatie van Gerechtsdeurwaarders (KBvG), Schuldhulpverlening. Er zijn bij deze partijen ambassadeurs die zich inzetten voor suïcidepreventie. Parallel hieraan zien we ook urgentie voor psychosociale problematiek binnen de agrosector, waarbinnen partijen zich ongerust maken over aanwijzingen voor het relatief hoge aantal suïcides in deze sector.

Ook in bestuurlijk en politiek opzicht lijkt er steeds meer sprake van een groot draagvlak voor suïcidepreventie. Naast een fase van agendering en bewustwording die in sommige domeinen van de samenleving nog steeds nodig is, lijkt op andere plekken langzaamaan de fase van besluitvorming en actie aan te breken.

Leidt het ingezette beleid ook tot minder suïcides en suïcidepogingen?
Uit het buitenland weten we dat de integrale aanpak waarvoor Nederland gekozen heeft op de langere termijn loont. Australië en Engeland laten na jarenlang intensief suïcidepreventiebeleid een daling in de cijfers zien. In Engeland, dat enkele jaren eerder begon met landelijk beleid, werd drie jaar achter elkaar een daling gemeten. In 2016 lag het aantal suïcides 4,7% lager dan het jaar ervoor. Ook Ierland voert een landelijke strategie die veel gelijkenissen vertoont met de Nederlandse aanpak. In Japan werd na de invoering van wetgeving op het gebied van suïcidepreventie in 2006 een spectaculaire daling van het aantal suïcides gemeten. We kunnen in Nederland, na 10 jaar suïcidepreventie programma's, nog geen duidelijke dalende lijn zien in de landelijke suïcidecijfers. Uit de cijfers van het CBS is gebleken dat in 2019, 1.811 mensen zijn overleden door suïcide, waarvan 1.232 mannen en 579 vrouwen. Dat is 1 procent minder dan in 2018.
Wel zien we dat er veel beweging is, die nodig is om effect in de toekomst te gaan bereiken.

Leeswijzer
Hierna volgen de uitgangspunten, doelstellingen en activiteiten van de Landelijke Agenda Suïcidepreventie 2021-2025. Deze zijn door 113 Zelfmoordpreventie samen met verschillende partners opgesteld, op verzoek van het ministerie van VWS. In het laatste hoofdstuk wordt de organisatie van de agenda beschreven met de rollen van de verschillende betrokkenen.

We gebruiken in ons land de termen zelfdoding, zelfmoord en suïcide om 'zelfbeschadigend gedrag met dodelijke afloop' te beschrijven. Veel mensen maken bezwaar tegen het woord zelfmoord, omwille van de agressieve klank en beeldvorming. Hoewel er vanuit preventie oogpunt argumenten zijn om het woord juist wel te noemen, wordt in deze Landelijke Agenda Suïcidepreventie het meer neutrale woord suïcide gebruikt.

[1] Matsubayashi T, Ueda M. The effect of national suicide prevention programs on suicide rates in 21 OECD nations. Soc Sci Med. 2011; 73: 1395-400; Lewitzka U, Sauer C, Bauer M., Felber W. Are national suicide prevention programs effective? A comparison of 4 verum and 4 control countries over 30 years. BMC Psychiatry 2019; 19:158

De Landelijke Agenda Suïcidepreventie 2021-2025: uitgangspunten, doelstellingen en activiteiten

Steeds meer mensen en organisaties zijn zich ervan bewust dat het aantal suïcides in ons land onnodig hoog is en dat er gezamenlijk meer suïcides kunnen worden voorkomen. Veel organisaties, binnen en buiten de zorg, zijn de laatste jaren in actie gekomen. In eerdere jaren zijn al kleine maar belangrijke successen behaald. Het is de komende jaren van belang om op deze successen voort te bouwen en steeds meer mensen, bedrijven en organisaties aan te laten sluiten bij het werk van de Landelijke Agenda Suïcidepreventie.

Brede aanpak, breed commitment
Suïcide is niet alleen een individueel probleem van mensen die geen uitweg meer zien. Suïcidaliteit is een maatschappelijk probleem, omdat we weten dat diverse maatschappelijke factoren niet alleen de gevolgen ervaren, maar ook invloed hebben op de gedachten en gevoelens van mensen. Zo weten we dat de economische situatie in een land, van invloed is op het psychisch welzijn van mensen, vandaar dat de huidige Corona crisis om alertheid vraagt op mogelijke stijging van de suïcidecijfers. Een goede preventiestrategie benut daarom kansen in meerdere maatschappelijke domeinen om mensenlevens te redden.

Sinds de start van de eerste Landelijke Agenda Suïcidepreventie is er, conform WHO-aanbevelingen, een brede focus op suïcidepreventie in de domeinen zorg, onderwijs, media en de sociaaleconomische sector. Binnen deze domeinen hebben organisaties, naast het ondernemen van eigen activiteiten, inmiddels ook de mogelijkheid om aan te sluiten bij landelijke suïcidepreventie netwerken. Op dit moment zijn dat: SUPRANET GGZ, SUPRANET Community en het 113 Netwerk Ziekenhuizen. Het doel van elk netwerk is leren hoe suïcidepreventie optimaal in te bedden in de eigen setting. Daarnaast zijn er regionaal diverse netwerken op het gebied van suïcidepreventie zoals SUPREMECOL en in de regio Brabant, SuNa in de regio Den Haag en project Suïcidepreventie in Amsterdam.

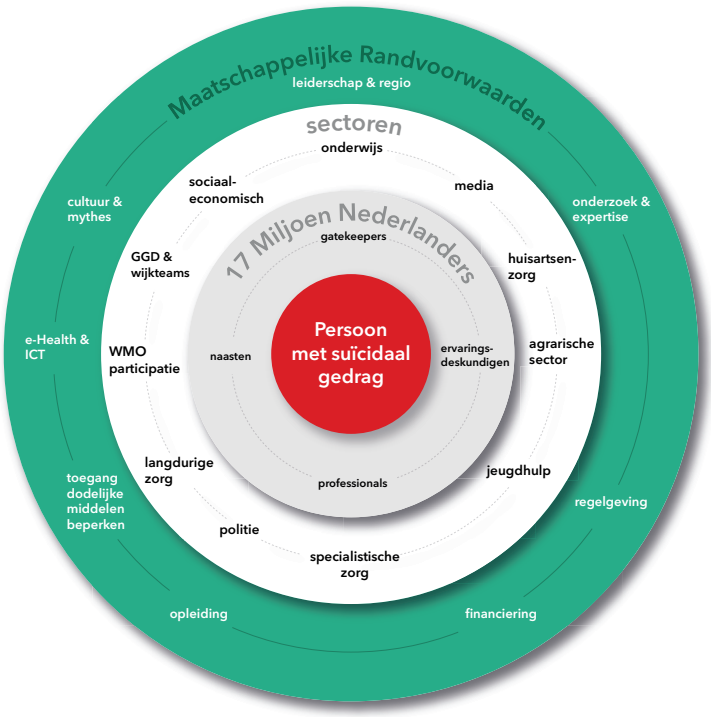
Strategische doelstellingen Landelijke Agenda Suïcidepreventie 2021-2025

1. Durven en leren praten over suïcide
2. Professionals opleiden, bijscholen en toerusten
3. Suïcidepreventie in de wijk verstevigen
4. Bereik van specifieke doelgroepen vergroten
5. Veiligheid en effectiviteit van zorg verbeteren vanuit samenwerking tussen professionals, naasten en ervaringsdeskundigen
6. Beperking toegang tot dodelijke middelen
7. Ontwikkelen van een landelijk lerend systeem

De integrale netwerkaanpak wordt de komende jaren voortgezet, waarbij we binnen de domeinen steeds meer partijen zien aanhaken. Zowel in de praktijk als binnen de (landelijke) overheid wordt samenwerking steeds belangrijker om deze integrale aanpak te bewerkstelligen. De regierol over de uitvoering van de Landelijke Agenda Suïcidepreventie ligt bij 113 Zelfmoordpreventie, het landelijk expertisecentrum dat sinds 2014 de opdracht heeft van het ministerie van VWS om de Landelijke Agenda Suïcidepreventie, samen met alle betrokken stakeholders, te implementeren.

De derde Landelijke Agenda Suïcidepreventie zal, naast bestaande activiteiten, ook focussen op enkele nieuwe activiteiten. Speerpunten zijn suïcidepreventie bij de hoog risico-doelgroepen mannen van middelbare leeftijd en jongeren met LHBTI-voorkeur, en het benutten van en samenwerking met naasten, nabestaanden en ervaringsdeskundigheid. Alle activiteiten zijn vertaald naar 7 strategische doelstellingen die in dit hoofdstuk staan beschreven. Per doelstelling beschrijven we in het kort het belang of urgentie van de doelstelling, de bestaande kennis op het thema en vervolgens de verschillende activiteiten die in de Landelijke Agenda zullen worden opgepakt.

Onderstaande figuur geeft een, niet volledig, overzicht van de brede aanpak waaruit de Landelijke Agenda in ons land bestaat en waarvan verschillende onderdelen de komende periode nog meer aandacht zullen krijgen. In het midden staat de persoon met suïcidaal gedrag, waaronder zowel de gedachten aan suïcide als suïcidepogingen worden verstaan. Om deze personen staan alle mensen die vanuit het directe contact veel kunnen betekenen door de suïcidaliteit bespreekbaar te maken en als nodig te helpen bij het zoeken naar professionele hulp. Deze grijze cirkel omvat in theorie alle Nederlanders. In de Landelijke Agenda proberen we hen via media, via voorlichting en training te beïnvloeden en te helpen om het gesprek te voeren. De witte cirkel beslaat de sectoren die we met de Landelijke Agenda willen stimuleren om suïcidepreventiebeleid en maatregelen toe te passen. 113 Zelfmoordpreventie heeft al met veel organisaties binnen deze sectoren contact, maar er kunnen nog er nog veel meer aansluiten de komende jaren. Tot slot gaat de buitenste cirkel om beleidsmatige en maatschappelijke randvoorwaarden die nodig zijn om een context te creëren waarbinnen de maatregelen uit de Landelijke Agenda succesvol kunnen worden.



Strategische doelstellingen en activiteiten Landelijke Agenda Suïcidepreventie 2021-2025

1. *Durven en leren praten over suïcide.*
   a) Communicatiestrategie en de vertaalslag naar publiekscampagnes.
   b) Verantwoorde, veilige berichtgeving over suïcidaal gedrag in de media.
   c) Verspreiden van ervaringen en hoopgevende verhalen.
   d) Voorlichting, workshops en (online) gatekeepertrainingen, waaronder de producten van Stayin Alive voor LHBTI.

2. *(Zorg) professionals kennis en vaardigheden bijbrengen om suïcidaliteit te signaleren, te bespreken, te diagnosticeren en te behandelen.*
   a) (E-)modules en trainingsmateriaal ontwikkelen voor zorgprofessionals en deze inbedden in de basiscurricula en in bij- en nascholing.
   b) Opleidingsmateriaal ontwikkelen en trainers opleiden om vanuit stress-sensitief communiceren aandacht te hebben voor suïcidaliteit bij professionals in de sociaal-economische sector.
   c) Jaarlijkse uitwisseling van kennis, voortgang en lessons learned.

3. *Suïcidepreventie in de wijk verstevigen.*
   Regionale netwerken ondersteunen/versterken.
   Daarbinnen:
   A - In het onderwijs:
   a) Ketenaanpak STORM borgen en verspreiden naar andere regio's.
   b) Ontwikkelen en implementeren nazorgmodule op scholen na suïcide leerling/docent.
   c) Lessen MIND Young Academy en leesprogramma's Lief, Liever, Liefst landelijk aan scholen aanbieden.
   B - In de sociaal-economische sector:
   a) Verbindingen leggen tussen de Landelijke Agenda Suïcidepreventie en relevante landelijke programma's.
   b) Leden van beroepsgroepen leren om suïcidaliteit te bespreken.
   c) In zes gemeenten een analyse uitvoeren van de hoog-risico groepen met de bedoeling in regionale pilots effectieve oplossingsrichtingen te ontwikkelen.
   d) Enkele grote werkgevers in relevante sectoren bedden suïcidepreventie in, in bestaande programma's/beleid.

4. *Bereik van specifieke doelgroepen vergroten.*
Tijdige herkenning van suïcidaal gedrag en drempelloze toegang tot hulp voor mensen met suïcidaal gedrag, specifiek voor mensen uit hoog risico groepen voor (fatale) suïcidepogingen: mannen van middelbare leeftijd, jongeren, mensen die een niet-fatale suïcidepoging hebben gedaan, nabestaanden, LHBTI's en de agrarische ondernemers.

5. *Veiligheid en effectiviteit van zorg verbeteren vanuit samenwerking tussen professionals, naasten en ervaringsdeskundigen.*
a) Binnen instellingen in de GGZ en jeugdhulp: leiderschap ontwikkeling.
b) Ervaringsdeskundigheid en samenwerking met naasten bevorderen in de GGZ, jeugdhulp en de wijk.
c) Landelijke aanpak ontwikkelen voor jeugdhulpbrede werkwijze van suïcidepreventie, met een lerend netwerk, trainingen en een systeem van registratie en monitoring.
d) 113 Netwerk Ziekenhuizen verstevigen, trainen en implementatie/evaluatie best-practices nazorg na suïcidepoging.
e) Huisartsen /POH-GGZ leren suïcidaliteit te signaleren, bespreken en behandelen.

6. *Beperking toegang tot dodelijke middelen.*
a) Gebouwveiligheid bevorderen op risicoplekken in de GGZ en in de publieke ruimten.
b) Medicatieveiligheid bevorderen, door training van professionals over geneesmiddelengebruik in relatie tot suïcidaal gedrag en door het opwerpen van drempels voor aanschaf van dodelijke dosering geneesmiddelen.
c) Drempels opwerpen om social-media te gebruiken als medium om suïcidaal gedrag te bevorderen.

7. *Ontwikkelen van een landelijk lerend systeem.*
a) Nieuwe onderzoeksresultaten van effectieve interventies in kaart brengen en ontsluiten voor de praktijk.
b) Relevante databases, regionaal, landelijk en internationaal, maximaal gebruiken voor inzicht in suïcidaliteit, met name suïcidepogingen en suïcides.
c) Leren van psychologische autopsie. Regionaal implementeren en landelijke inzichten bundelen en terugkoppelen aan hulpverleners, cliënten/naasten/nabestaanden en organisaties in de maatschappij.
d) Monitoren van de verschillende onderdelen van de Landelijke Agenda Suïcidepreventie.

Doelstelling 1 Durven en leren praten over suïcide

Durven en leren praten over suïcide, door:
a) Communicatiestrategie en de vertaalslag naar publiekscampagnes.
b) Verantwoorde, veilige berichtgeving over suïcidaal gedrag in de media.
c) Verspreiden van ervaringen en hoopgevende verhalen.
d) Voorlichting, workshops en (online) gatekeepertrainingen, waaronder de producten van Stayin Alive voor LHBTI.

Het belang van durven en leren praten over suïcide

De eerste algemene doelstelling van de Landelijke Agenda Suïcidepreventie is het bij een breed publiek verder doorbreken van het nog steeds bestaande taboe op praten over suïcidaal gedrag en het stigma op het zoeken van hulp. Ook zijn er nog hardnekkige mythes, bijvoorbeeld dat suïcides niet voorkomen kunnen worden omdat "het een eigen keuze is" of dat "je mensen toch niet kunt tegenhouden". Taboe en mythes zorgen ervoor dat mensen niet over hun suïcidale gedachten durven praten en hulp vragen en dat hun omgeving er niet naar durft te vragen. Praten over suïcidale gedachten is de eerste stap naar hulp en herstel. Onder de hele bevolking is kennisverspreiding nodig over wat suïcidaliteit eigenlijk is: een gevoel van mensen dat ze in een ondraaglijke situatie zitten waar ze niet uitkomen, zodat suïcide een nooduitgang wordt. Mensen zouden liever niet doodgaan, maar verdagen de pijnlijke gevoelens en hardnekkige doodsgedachten niet meer.

Wat is er bekend over dit onderwerp?

Publiekscampagnes kunnen helpen om het taboe op praten over suïcide te doorbreken, als ze tenminste ingebed zijn in een bredere aanpak. Onderzoek naar de effecten van de campagne 'De vraag van je Leven' heeft aangetoond dat de campagne de attitude verbeterde ten aanzien van hulpzoekgedrag: mensen die de campagne hebben gezien staan meer open om professionele hulp te zoeken bij psychische problemen en kenden de hulplijn 113 meer dan mensen die de campagne niet hebben gezien. Ook de berichtgeving in de (social) media spelen een belangrijke rol in het voorkomen van suïcides. De manier waarop zij over zelfdoding berichten is cruciaal. Berichten in de massamedia (bijv. in kranten) spelen daar mogelijk een belangrijke rol in. In een groot aantal wetenschappelijke studies is aangetoond dat het aantal suïcides geregeld toeneemt na het verschijnen van media-uitingen (bijv. nieuwsberichten) over een overlijden door suïcide. Aan de andere kant bestaan er ook aanwijzingen dat bepaalde informatie in media-uitingen mensen kan weerhouden van suïcide.[3]

Activiteiten binnen de Landelijke Agenda Suïcidepreventie 2021-2025

Doelstelling 1. Durven en leren praten over suïcide
Te bereiken door:
a) Communicatiestrategie en de vertaalslag naar publiekscampagnes. b) Verantwoorde, veilige berichtgeving over suïcidaal gedrag in de media. c) Verspreiden van ervaringen en hoopgevende verhalen. d) Voorlichting, workshops en (online) gatekeepertrainingen, waaronder de producten van Stayin Alive voor LHBTI.

Ad a) Communicatiestrategie en de vertaalslag naar publiekscampagnes.
Met een integrale communicatiestrategie beoogt 113 Zelfmoordpreventie zoveel mogelijk Nederlanders te bereiken en te activeren tot contact en gesprek en het zoeken van hulp. Inzet is dus 'awareness' enerzijds en anderzijds gedragsbeïnvloeding. De communicatiestrategie zal worden door vertaald naar de volledige mediamiddelenmix. Onderdeel hiervan zijn publiekscampagnes. De publiekscampagnes van 113 Zelfmoordpreventie richten zich de komende jaren op alle Nederlanders met het doel om enerzijds (h)erkenning te creëren ("Dit gaat over mij" of "Dit gaat over iemand in mijn omgeving") en anderzijds het publiek bewust te maken van de mogelijkheden (en het belang daarvan) die eenieder heeft om het gesprek aan te gaan en (samen) hulp te zoeken. Hierbij zal specifiek aandacht besteed worden aan de grootste risicogroep: mannen van middelbare leeftijd en hun omgeving. Per doelgroep wordt de meest effectieve mix van boodschap, partners, middelen en mediakanalen ingezet. Hierbij zullen storytelling, beeldtaal en de samenwerking met rolmodellen, onderwijs en andere brancheorganisaties een belangrijke rol gaan spelen. Inzet van communicatie-acties en kennisdeling, zal de komende jaren, nog meer dan voorheen, gericht zijn op social media en het inspelen op actuele ontwikkelingen, zoals challenges, polls en andere interactieve acties.

Ad b) Verantwoorde, veilige berichtgeving over suïcidaal gedrag in de media.
In veel wetenschappelijke studies is een relatie aangetoond tussen onzorgvuldige berichtgeving over een suïcide en een daaropvolgende stijging van het aantal suïcides. Ook weten we dat door veilige en verantwoorde berichtgeving journalisten levens kunnen redden. Daarom werkt 113 Zelfmoordpreventie ook de komende jaren intensief samen met mediaprofessionals: de Raad voor de Journalistiek (ook i.v.m. de Leidraad), journalisten, televisieproducenten, film- en documentairemakers, vloggers, auteurs etc. om ervoor te zorgen dat de kennis die er uit 'best practices' en de wetenschap is, toegepast wordt in de dagelijkse mediapraktijk. Dit aan de hand van de mediarichtlijnen t.a.v. suïcidepreventie van de World Health Organisation en de Handreiking Suïcidepreventie en Media (2019), met aanbevelingen gebaseerd op de wetenschappelijke literatuur, van het Trimbos-instituut. Daarnaast is het de bedoeling dat journalisten en andere

Ad c) Verspreiden van ervaringen en hoopgevende verhalen.
Juist door het delen van de verhalen van ervaringsdeskundigen kunnen mensen die zelfmoordgedachten hebben (en hun naasten) erkenning ervaren en zich minder eenzaam gaan voelen. Tevens kan middels ervaringsverhalen op laagdrempelige wijze worden aangespoord tot het maken van contact, hetgeen bijdraagt aan minder isolement en daarmee beperking van het suïciderisico. Onderdeel van de boodschap van hoop is dat veel mensen die suïcide overwegen niet per definitie dood willen, maar een einde aan hun lijden wensen. Hoopgevende verhalen moeten bijdragen aan dit nieuwe perspectief. Bekende en onbekende ambassadeurs vervullen een belangrijke rol in deze positieve storytelling. Ervaringsverhalen die verschijnen, zoals het boek van Frank Schaake (24 van de 100.000) en de verhalen van de Ivonne van de Ven Stichting worden actief verspreid.

[2] van der Burgt ea., ingediend voor publicatie
[3] L. van Leeuwen, Suïcidepreventie via massa media. 2018. Utrecht: Trimbos-instituut

Ad d) Voorlichting, workshops en (online) gatekeepertrainingen, waaronder de producten van Stayin Alive voor LHBTI.
Deze worden gegeven aan zoveel mogelijk mensen in de samenleving, zoals naasten, medewerkers in het onderwijs en de sociaaleconomische sector. Het doel hiervan is, op basis van beter begrip en vaardigheid, suïcidaliteit te signaleren, bespreekbaar te maken en steun te bieden bij het zoeken naar professionele hulp. Ter realisatie hiervan zal onder meer de gratis onlinetraining suïcidepreventie (zie www.vraagmaar.nl) voor elke Nederlander verder landelijk worden verspreid voor een zo groot mogelijk bereik, met als doel dat naasten suïcidaliteit beter herkennen en bij kunnen dragen aan de veiligheid van hun familielid, collega, vriend(in) of partner met suïcidaal gedrag. Daarnaast willen we suïcidaliteit bespreekbaar maken in de samenleving door het geven van trainingen en voorlichting bij sport- en hobbyverenigingen en andere maatschappelijke organisatieverbanden.

In de tweede Landelijke Agenda werd door Movisie, het COC en 113 Zelfmoordpreventie gewerkt aan verschillende producten: de vernieuwde website www.iedereenisanders.nl, met bijbehorende promotiematerialen: verschillende portretten van LHBTI's gemaakt door de Transketeers, supporttrainingen voor GSA's, een E-learning module voor docenten over LHBTI en suïcidepreventie en een 'praatplaat' voor het onderwijs: 'Ben je oké'. In de nieuwe agenda 2021-2025 wordt gefocust op het gericht implementeren van deze producten.

Doelstelling 2 (Zorg)professionals kennis en vaardigheden bijbrengen om suïcidaliteit te signaleren, te bespreken, te diagnosticeren en te behandelen

(Zorg) professionals kennis en vaardigheden bijbrengen om suïcidaliteit te signaleren, te bespreken, te diagnosticeren en te behandelen, door:
a) (E-)modules en trainingsmateriaal ontwikkelen voor zorgprofessionals en deze inbedden in de basiscurricula en in bij- en nascholing.
b) Opleidingsmateriaal ontwikkelen en trainers opleiden om vanuit stress-sensitief communiceren aandacht te hebben voor suïcidaliteit bij professionals in de sociaal-economische sector.
c) Jaarlijkse uitwisseling van kennis, voortgang en lessons learned.

Het belang van het opleiden van professionals

Kennis en vaardigheden voor de signalering, diagnose en behandeling van suïcidaal gedrag structureel inbedden in curricula van zorgprofessionals, waaronder ervaringsdeskundigen, en in na en bijscholing. a) (E-)modules en trainingsmateriaal ontwikkelen voor zorgprofessionals in opleiding. b) Opleidingsmateriaal maken en trainers opleiden om vanuit stress-sensitief communiceren aandacht te hebben voor suïcidaliteit van hun cliënten in het sociaal-economisch domein. c) Jaarlijkse uitwisseling van voortgang en lessons learned (bijvoorbeeld congres).'

Hulpverleners in de GGZ merken vaak in de praktijk dat ze na hun opleiding kennis missen over het herkennen, diagnosticeren en behandelen van suïcidaliteit. Dit maakt hen onzeker en kan leiden tot traumatische ervaringen met suïcidaal gedrag onder hun patiënten. Ook de nascholingsactiviteiten voldoen lang niet altijd aan de behoefte aan kennis en gespreksvaardigheden of bereiken een te kleine groep professionals, deels ook vanwege financiële beperkingen.

In de ziekenhuizen voelen verpleegkundigen en medisch specialisten zich op de werkvloer, met name op de SEH en de IC, onvoldoende in staat om professioneel met suïcidaliteit om te gaan. Daarbij laten zij mogelijkheden tot het voorkomen van recidive suïcidepogingen onbenut. Het NHG biedt huisartsen sinds enkele jaren suïcidepreventie bijscholing aan, ook als E-learning. Onlangs zijn ook enkele huisartsenopleidingen overgegaan tot het aanbieden van een vaste eendaagse scholingsactiviteit. Hoewel deze suïcidepreventieprogramma's worden aangeboden blijven veel huisartsen, POH's en POH's GGZ ongetraind. Dit gebrek aan opleiding maakt het werk onnodig moeilijk en mogelijk traumatiserend. Er is meer systematische aandacht nodig voor kennis en vaardigheden om patiënten met suïcidale gedachten te begeleiden en te behandelen. Inbedding van kennis en vaardigheden in de initiële MBO, HBO-, universitaire en postacademische opleiding is noodzakelijk voor een veilige praktijkuitoefening van toekomstige beroepsbeoefenaren, naast herhaalde bijscholing en intercollegiale reflectie tijdens supervisie en intervisie.

Wat is er bekend over dit onderwerp?

Onderzoek naar de effecten van het trainen van professionals in de GGZ in herkennen en behandelen van suïcidaliteit, liet zien dat het trainen van professionals sneller tot een afname van suïcidale gedachten leidde, dan de klachten van patiënten van niet-getrainde professionals. De getrainde professionals werkten meer volgens de richtlijnen, hadden meer zelfvertrouwen en kennis van suïcidaal gedrag. Ook het onderzoek van 113 Zelfmoordpreventie naar de gatekeepertraining liet deze positieve effecten onder de gatekeepers zien.[5]

Doelstelling 2. (Zorg)professionals kennis en vaardigheden bijbrengen om suïcidaliteit te signaleren, te bespreken, te diagnosticeren en te behandelen.
Te bereiken door:
a) (E-)modules en trainingsmateriaal ontwikkelen voor zorgprofessionals en deze inbedden in de basiscurricula en in bij- en nascholing. b) Opleidingsmateriaal ontwikkelen en trainers opleiden om vanuit stress-sensitief communiceren aandacht te hebben voor suïcidaliteit bij professionals in de sociaal-economische sector. c) Jaarlijkse uitwisseling van kennis, voortgang en lessons-learned.

Ad a) (E-)modules en trainingsmateriaal ontwikkelen voor zorgprofessionals en deze inbedden in de basiscurricula en in de bij- en nascholing.
Hiervoor worden e-modules ontwikkeld. Belangrijke doelgroepen zijn: (BIG) psychologen, masterstudenten post-masteronderwijs, masterstudenten Geneeskunde, AIOS-psychiatrie en HBO- professionals. De content van het lesmateriaal bestaat uit kennis en vaardigheden op het gebied van zowel preventie als diagnostiek/behandeling en postventie, afhankelijk van de functie van de professional en gebaseerd op de professionele standaarden. Landelijk worden voorbeeldpakketten ontwikkeld en gedeeld. De beroepsverenigingen en opleidingsinstituten (MBO, HBO, WO, PAO, vLOGO) voor psychologen, psychiaters, verpleegkundigen en medisch specialisten (waaronder intensivisten en SEH-artsen) en relevante paramedische beroepen nemen suïcidepreventie op in de landelijke opleidingseisen van het basiscurriculum en in hun opleidingsprogramma's voor de post initiële opleidingen en (post) master. Modules waarmee gestart wordt zijn: de online module voor psychologen in opleiding (LUMC), de basismodule GGZ (opvolger PITSTOP, 113 Zelfmoordpreventie), de doorontwikkeling van de onlinetraining suïcidepreventie voor elke Nederlander (113 Zelfmoordpreventie).

Ad b) Opleidingsmateriaal ontwikkelen en trainers opleiden om vanuit stress-sensitief communiceren aandacht te hebben voor suïcidaliteit bij professionals in de sociaal-economische sector (SES).
De bedoeling is om in het bestaande trainingsaanbod van Social Force en 113 Zelfmoordpreventie zowel stress-sensitieve communicatie als suïcidepreventie in te bedden. Zodat er beter aangesloten wordt bij de behoefte en praktijk van de medewerkers in de SES en de huidige trainers op beide thema's worden opgeleid. Medewerkers worden zo voorbereid op een bredere benadering van de persoon met schulden of andere problemen. Om de inbedding van suïcidepreventie in het gemeentelijk (preventie)beleid te bevorderen, wordt ook bekeken hoe professionals werkzaam in de (sociale) wijkteams, bij Wmo-aanbieders en mogelijk wijkagenten te versterken met deze voor hen relevante kennis en vaardigheden.

Ad c) Jaarlijkse uitwisseling van kennis, voortgang en lessons-learned.
Om ervaringen en lespakketten te delen, is er jaarlijks tijdens een bijeenkomst aandacht voor het opleiden van zorgprofessionals met als doel bewustwording over het bekwamen en verminderen van de handelingsverlegenheid bij hulpverleners op het gebied van suïcidaal gedrag.

[4] De Beurs et al, Evaluation of benefit to patients of training mental health professionals in suicide guidelines: cluster randomised trial. British Journal of Psychiatry, 2016. 208(5), 477-483
[5] Terpstra et al., Suicide prevention gatekeeper training in the Netherlands improves gatekeepers' knowledge of suicide prevention and their confidence to discuss suicidality, an observational study. BMC Public Health, 2018.

Doelstelling 3 Suïcidepreventie in de wijk verstevigen

Suïcidepreventie in de wijk verstevigen, door:
Regionale netwerken ondersteunen/versterken
Daarbinnen:
A - In het onderwijs:
a) Ketenaanpak STORM borgen en verspreiden naar andere regio's.
b) Ontwikkelen en implementeren nazorgmodule op scholen na suïcide leerling/docent.
c) Lessen MIND Young Academy en leesprogramma's Lief, Liever, Liefst landelijk aan scholen aanbieden.
B - In de sociaal-economische sector:
a) Verbindingen leggen tussen de Landelijke Agenda Suïcidepreventie en relevante landelijke programma's.
b) Leden van beroepsgroepen leren om suïcidaliteit te bespreken.
c) In zes gemeenten een analyse uitvoeren van de hoog-risico groepen met de bedoeling in regionale pilots effectieve oplossingsrichtingen te ontwikkelen.
d) Enkele grote werkgevers in relevante sectoren bedden suïcidepreventie in, in bestaande programma's/beleid.

Het belang van suïcidepreventie in de wijk

Een groot deel van de mensen die suïcide pleegt, is niet in behandeling bij de GGZ of de huisarts. Dit betekent dat veel mensen de zorg niet zelf opzoeken of vinden. Maar mogelijk hebben zij wel contact met medewerkers in het onderwijs, wijkteams, de politie, LHBTI-netwerken, sportkantines, erfbetreders of dienstverleners bij het UWV of de schuldhulpverlening. Deze partijen dicht bij de burger zijn daarom van groot belang in het signaleren en bespreken van suïcidaliteit en in het verwijzen van hun klanten naar de zorg. Suïcidepreventie is dus niet alleen een taak van zorgaanbieders maar dient ingebed te zijn in het gemeentelijk preventiebeleid.

Wat is er bekend over dit onderwerp?

Veel landen investeren in hun suïcidepreventiebeleid in een brede public health aanpak. De eerste en meest onderzochte aanpak is die van de European Alliance Against Depression, waarbij meerdere preventiemaatregelen tegelijkertijd regionaal worden geïmplementeerd door een netwerk van partijen onder regie van de gemeente/GGD. Suïcidepreventie op meerdere niveaus is effectief in het verminderen van suïcides en pogingen.[7] Inmiddels ontwikkelden tientallen landen hun eigen variant op deze aanpak.

Regio's ondersteunen en versterken
Zoals gezegd kent Nederland verschillende netwerken zowel regionaal als landelijk op het gebied van suïcidepreventie (SUPREMECOL, SuNa, Gemeente Amsterdam en SUPRANET community). Doel is deze met elkaar te verbinden en te versterken. Inmiddels zijn er in ons land in 10 GGD-regio's, tientallen gemeenten betrokken bij het programma SUPRANET Community, een programma van 113 Zelfmoordpreventie, dat gebaseerd is op de genoemde EAAD-aanpak.

Binnen de SUPRANET Community is er aandacht voor publiekscampagnes en voorlichting, het trainen van gatekeepers, acties voor regionale hoog-risicogroepen en goed werkende zorgketens. Deelnemende regio's worden ondersteund vanuit 113 Zelfmoordpreventie en gevoed met best-practices en materiaal, opgenomen in een online toolbox. Deelname aan SUPRANET Community is inmiddels effectief bevonden op de attitude van burgers ten aanzien van het zoeken van professionele hulp bij psychologische problemen.

Daarnaast is in de deelnemende regio's veel op gang gekomen, dat heeft geleid tot toegenomen bewustwording en grote groepen getrainde gatekeepers.
Het streven is dat SUPRANET Community zich de komende jaren uitbreidt naar minimaal 12 van de 25 GGD-regio's en dat deze regio's blijven werken aan een brede aanpak van suïcidepreventie maatregelen in diverse domeinen. Met als doel dat burgers, al dan niet uit hoog risicogroepen, op tijd worden gesignaleerd en de juiste hulp en steun krijgen aangeboden. Vanuit 113 Zelfmoordpreventie zullen de regio's gevoed worden met kennis over effectieve maatregelen, en wordt hen de mogelijkheid geboden programma's uit andere regio's over te nemen. Een voorbeeld hiervan is STORM, een effectieve aanpak die actief zal worden verspreid (zie bij 3B). Een ander voorbeeld zijn de resultaten van de lopende projecten gericht op de agrarische ondernemer, tot stand gekomen vanuit het ministerie van LNV met de sector en hulpverleningsinstanties. Samen met 113 Zelfmoordpreventie zal worden bekeken hoe de uitkomsten van deze projecten kunnen worden aangeboden aan de deelnemers van SUPRANET Community.

3A Suïcidepreventie in het onderwijs

Het belang van suïcidepreventie in het onderwijs

Scholen en universiteiten zijn onmisbaar bij het opvangen en doorgeleiden van signalen van jongeren met suïcidaal gedrag, juist omdat veel jongeren uit zichzelf geen professionele hulp zoeken. Daarbij kent iedere school LHBTI-leerlingen, die vaak nog zoekende zijn naar hun identiteit en/of hier negatieve reacties over moeten incasseren. Daarmee vormen zij een risicogroep voor suïcidaliteit. De school is een belangrijke plek om jongeren meer kennis te geven en vooroordelen weg te nemen over seksuele diversiteit. Tot slot zijn scholen belangrijk in het voorkomen van kopieergedrag na een suïcide van een leerling of docent. Onderwijsorganisaties dienen daarom expliciet beleid te ontwikkelen op het signaleren en voorkomen van psychische problemen en suïcidaal gedrag bij hun leerlingen/studenten. Onderdeel van dit beleid is screening op en effectieve vroeg signalering en vroeg behandeling van suïcidegedachten. Alleen trainen van medewerkers, hoe belangrijk ook, is niet voldoende. Er is meer nodig om te voorkomen dat tieners zo eenzaam en radeloos worden dat zij een einde aan hun leven maken. Op elke school zou ook professionele opvang na een suïcide van een leerling of docent moeten plaatsvinden.

Wat is er bekend over dit onderwerp?

Internationaal onderzoek toont aan dat preventieprogramma's op school effectief zijn in het voorkomen van suïcidaal gedrag. Sinds een paar jaar heeft ons land een dergelijke effectieve, preventieve schoolinterventie: Strong Teens & Resilient Minds (STORM). STORM is een netwerksamenwerking waarin verschillende interventies worden aangeboden door diverse ketenpartners. Doel is preventie van depressie en suïcidaliteit door vroegherkenning, vroegbehandeling en betere samenwerking in de keten. De interventies binnen STORM zorgen voor een aantoonbare daling van depressieve klachten onder jongeren.[10]

Lessen in de klas om jongeren te leren praten over psychische klachten zijn ontwikkeld door de MIND Young Academy. Tijdens de lessen wordt stilgestaan bij: herkennen van en praten over psychische klachten en weten wat te doen wanneer je er last van hebt. De lessen worden gegeven door leeftijdsgenoten die zelf of in hun omgeving te maken hebben (gehad) met psychische problemen. Deze zogeheten peer educators gaan het gesprek met leerlingen aan over veel voorkomende psychische klachten. Hun boodschap: praat er gewoon over, want je bent niet de enige!

Mensen die een lesbische, homoseksuele, biseksuele, transgender en-of intersekse (LHBT) identiteit hebben, staan voor extra uitdagingen in vergelijking met anderen en hebben vaak zelfmoordgedachten. Ook doen ze veel vaker een zelfmoordpoging dan leeftijdsgenoten. Het project Lief, liever, liefst van de

Rijksuniversiteit Groningen laat jongeren zien hoe het er in het hoofd van een verliefde leeftijdgenoot uit kan zien. En dat dit misschien helemaal niet zo anders in dan in hun eigen hoofd. Ook niet als die leeftijdgenoot verliefd wordt op iemand van hetzelfde geslacht. Met dit project streven we naar een veiliger schoolklimaat voor LHBTI jongeren, omdat dit positief is voor het psychisch welbevinden van deze groep. Omdat het project uitgevoerd wordt door reguliere docenten en deel uitmaakt van het standaard curriculum, geeft het een krachtig signaal af aan de leerlingen dat er de deelnemende scholen en docenten positief zijn over LHBTI jongeren.

Uit onderzoek blijkt dat jongeren ontvankelijk zijn voor imitatiegedrag na de zelfdoding van een leeftijdsgenoot. [12] Wanneer een leerling of docent van een school komt te overlijden door zelfdoding, is het daarom cruciaal dat jongeren, ouders en docenten op een verantwoordelijke manier op de hoogte worden gebracht, en dat er aansluitend goede begeleiding wordt aangeboden. Een aantal postventie/nazorg aanpakken op school na een suïcide van een leerling of docent zijn in het buitenland ontwikkeld. Meerdere landen, zoals Australië en Amerika, hebben voor het onderwijs postventie, d.w.z. gecoördineerde ondersteuning na een zelfdoding, opgenomen in hun suïcidepreventiebeleid. Hiermee proberen zij trauma en kopieergedrag van leerlingen te voorkomen, wanneer op school (in de regio) een suïcide heeft plaatsgevonden.

Activiteiten in het onderwijs binnen de Landelijke Agenda Suïcidepreventie 2021-2025

Doelstelling 3A *Suïcidepreventie in het onderwijs.*
Te bereiken door:
a) Ketenaanpak STORM borgen en verspreiden naar andere regio's. b) Ontwikkelen en implementeren nazorgmodule op scholen na suïcide leerling/docent. c) Lessen MIND Young Academy en leesprogramma's Lief, Liever, Liefst landelijk aan scholen aanbieden.

Ad a) Ketenaanpak STORM borgen en verspreiden naar andere regio's.
In de regio Zuid-Oost Brabant wordt al enige tijd ingezet op het regionaal implementeren van het programma STORM. STORM zorgt ervoor dat jongeren met depressieve en suïcidale klachten al op jonge leeftijd in beeld komen en hulp krijgen voordat de situatie ernstig wordt. STORM bestaat uit verschillende interventies, die afzonderlijk en gezamenlijk in onderzoek effectief zijn gebleken en bovendien in de praktijk positief zijn ontvangen. STORM is een ketenaanpak, waarin gemeenten, de GGD, scholen, jeugdhulpverleningsinstellingen, CJG, BJG/wijkteams en de GGZ-aanbieders samen werken om jongeren met suïcidaliteit vroegtijdig te signaleren en zo nodig op de juiste plek te behandelen. In deze derde Landelijke Agenda Suïcidepreventie wordt een begin gemaakt met de landelijke implementatie van STORM, vanuit de ervaringen en expertise van koploperregio Zuid-Oost Brabant.

Voor het plan van aanpak voor de verspreiding van STORM zie bijlage 1.

Ad b) Ontwikkelen en implementeren nazorgmodule op scholen na suïcide leerling/docent.
In Nederland is er nog geen landelijk postventie beleid voor scholen. Wel zijn er op enkele scholen kleinschalige postventie-achtige initiatieven, die nu ondersteuning kunnen bieden na een suïcide op een school (Calamiteitenteam Stichting School en Veiligheid, Crisis Interventie Netwerk Schoolpsychologen, Slachtofferhulp Nederland). Het doel voor de komende jaren is dan ook dat op elke school in Nederland professionele opvang na een suïcide van een leerling of docent is. Hiervoor zal een vertaalslag van een buitenlandse, effectieve postventie aanpak, samen met scholen naar de Nederlandse situatie gemaakt en getest worden. Deze Nederlandse postventie aanpak komt vervolgens landelijk beschikbaar in de looptijd van de Landelijke Agenda Suïcidepreventie 2021-2025.

Ad c) Lessen MIND Young Academy en leesprogramma's Lief, Liever, Liefst landelijk aan scholen aanbieden. Om psychische problemen bespreekbaar te maken in de klas biedt MIND Young Academy lessen aan voor leerlingen op het vmbo, mbo, havo en vwo. De leesinterventie Lief, Liever, Liefst wordt ook aan scholen aangeboden, te beginnen bij de regio's van SUPRANET Community. Deze leesinterventie wordt gegeven door de docenten zelf en is bedoeld voor derde klassen vmbo-tl, havo en vwo en kan uitgevoerd worden binnen het vak Nederlands.

3B Suïcidepreventie in de sociaaleconomische sector (SES)

Het belang van suïcidepreventie in de SES

Mensen met een bijstands- of arbeidsongeschiktheidsuitkering hebben vaak een kleiner sociaal netwerk, bij werkenden met lagere inkomens en problematische schulden is er de voortdurende stress om te overleven, voor flexwerkers en ZZP'ers in de laagbetaalde arbeid is de onzekerheid over inkomen en de afwezigheid van een sociale werkomgeving een voortdurende bron van onrust. Deze factoren maken mensen extra kwetsbaar voor suïcidaliteit. Uit onderzoek onder alle Nederlandse inwoners blijkt dat mensen met een lager inkomen en mensen met een uitkering, met name een arbeidsongeschiktheidsuitkering of bijstandsuitkering, vaker overlijden door suïcide. Ruim 30% van de mensen die zich bij 113 Zelfmoordpreventie aanmelden voor online therapie bij suïcidegedachten noemt financiële problemen als oorzaak voor hun wanhoop. Als gevolg van de maatregelen door het Coronavirus worden ook medewerkers in de cultuur, sport & recreatie, horeca, vervoer, verhuur, dienstverlening en handel geraakt. Extra kwetsbare arbeidsgroepen zijn onder andere mensen met een flexibele arbeidsvorm, laagopgeleiden, 35-minners en 55-plussers en mensen die dreigen dak- of thuisloos te worden. Om een mogelijke toename van het aantal suïcides in de komende jaren onder deze doelgroepen te voorkomen, zullen medewerkers die veelvuldig in aanraking komen met hen, zoals UWV-medewerkers, politie, deurwaarders, woningcorporaties, lokale belastinginvorderaars, Kredietbank, medewerkers sociale wijkteams en maatschappelijke opvang, (straat)advocaten etc, worden benaderd om gespreksvaardigheden te leren en op cliëntniveau te leren kijken en handelen, met aandacht voor het hele individu met problemen op meerdere levensgebieden. Ook om te zorgen dat de financiële maatregelen hun bedoelde impact niet missen, door uitval uit schuldhulpverleningstrajecten vanwege psychische of huisvestingsproblematiek.

Daarnaast is er een rol voor werkgevers weggelegd in het voorkomen van psychische problematiek en suïcidaliteit onder werknemers, vooral in die sectoren met een relatief hoog aantal suïcides.

Wat is er bekend over dit onderwerp?

Het is bekend dat verlies van werk of gezondheid, arbeidsongeschiktheid en een laag inkomen, belangrijke hoog risicofactoren zijn voor suïcide.[14] Inmiddels lopen er in ons land diverse landelijke programma's gericht op de verschillende risicofactoren, zoals binnen de armoede- en schuldensector. In deze lopende programma's worden raakvlakken en mogelijkheden gezocht om de aandacht voor suïcidepreventie te versterken.

Daarnaast wordt er in de SES gebruik gemaakt van wetenschappelijke inzichten over de rol van chronische stress op het gedrag van mensen. Stress-sensitief werken wordt in verschillende sectoren gezien als een bruikbaar gedachtengoed, waarbij *'managers en professionals de ruimte of zelfs de opdracht krijgen om de inzichten over de doorwerking van chronische stress te vertalen in een steunende en compenserende werkwijze en bejegening'.* [15]

Uit cijfers van het CBS blijkt dat er bepaalde werksectoren zijn waarbinnen het aantal suïcides hoger is dan het gemiddelde. Dit biedt de mogelijkheid om met werkgevers in deze sectoren suïcidepreventie op het werk te verkennen en te bevorderen. Dit is in ons land nog volstrekt onontgonnen gebied, ook bij de vakbonden is er nog weinig bewustzijn over suïcide, maar wel de bereidheid om het onderwerp bij werkgevers op tafel te leggen. In andere landen lopen sinds kort initiatieven om suïcidepreventie op het werk vorm te geven. Zo is er in de VS een richtlijn voor suïcidepreventie in de werkomgeving (https://workplacesuicideprevention.com/).

Activiteiten SES in de Landelijke Agenda Suïcidepreventie 2021-2025

Doelstelling 3B. Suïcidepreventie in de sociaal-economische sector.
Te bereiken door:
a) Verbindingen leggen tussen de Landelijke Agenda Suïcidepreventie en relevante landelijke programma's. b) Leden van beroepsgroepen leren om suïcidaliteit te bespreken. c) In zes gemeenten een analyse uitvoeren van de hoog-risico groepen met de bedoeling in regionale pilots effectieve oplossingsrichtingen te ontwikkelen. c) Enkele grote werkgevers in relevante sectoren bedden suïcidepreventie in, in bestaande programma's/beleid.

Ad a) Verbinding leggen tussen de Landelijke Agenda Suïcidepreventie en relevante landelijke programma's.
Landelijk en lokaal, gericht op eenzaamheid, de sluitende aanpak voor verwarde personen, dak- en thuisloosheid, armoede en schuldensector. Voor deze thema's lopen veelal specifieke programma's. Hierbinnen is suïcidepreventie meestal niet opgenomen of uitgewerkt. Ook in nieuwe veelbelovende initiatieven als de Nederlandse Schuldenroute is geen rekening gehouden met dit aspect. De meldpunten voor verwarde personen/niet acute zorg, die in bijna alle gemeenten zijn ontstaan, worden belangrijke partners voor het signaleren en doorgeleiden van meldingen waarin suïcidaliteit een rol speelt. Binnen de Landelijke Agenda Suïcidepreventie wordt de komende jaren gezocht naar raakvlakken en mogelijkheden om binnen diverse lopende landelijke initiatieven de aandacht voor emotionele wanhoop en suïcidaliteit te versterken.

Ad b) Leden van beroepsgroepen leren om suïcidaliteit te bespreken.
De komende jaren zal (opnieuw) worden ingezet op het trainen van medewerkers in de SES, met name binnen de politie, bedrijfsgeneeskundige dienst, (bedrijfs-) maatschappelijk werk, wijkteams, schuldhulpverlening en in de sociaaljuridische hulpverlening, om binnen de eigen werksetting te leren omgaan met suïcidaliteit en toegang te hebben tot periodiek herhaalde workshops/trainingen op het gebied van suïcidepreventie. Verkend wordt in hoeverre door trainingsmodulen de huidige wetenschappelijke inzichten over de rol van chronische stress en vaardigheden in stress-sensitief werken verbonden kunnen worden met het signaleren en bespreken van suïcidaliteit (zie doelstelling 2).

Ad c) In zes gemeenten een analyse uitvoeren van de hoog-risico groepen met de bedoeling in regionale pilots effectieve oplossingsrichtingen te ontwikkelen.
De VNG en het ministerie van SZW worden hierbij betrokken, evenals organisaties die opkomen voor specifieke doelgroepen, zoals Werkplaats COMO (dak- en thuislozen). De bedoeling van deze analyse is concrete input te geven voor de inrichting van regionale pilots vanaf 2022 waarin gewerkt wordt aan effectieve oplossingsrichtingen voor suïcidepreventie in de sociaal-economische sector.
Te beantwoorden vragen zijn: welke mensen lopen vanwege sociaal-economische omstandigheden een

verhoogd risico op suïcidaal gedrag, om hoeveel mensen gaat het, wat zijn hun problemen op diverse leefdomeinen, met welke instanties en professionals hebben zij contact, wat zijn de mogelijkheden om de bredere problematiek van deze mensen aan te pakken, wat kunnen mensen zelf bijdragen, wat gebeurt er in de gemeenten voor deze groepen al aan psychosociale hulp/scholing en hoe kan dat worden versterkt?

Ad d) Enkele grote werkgevers in relevante sectoren bedden suïcidepreventie in, in bestaande programma's/beleid.
De komende jaren zal 113 Zelfmoordpreventie met enkele grote bedrijven in hoog risico-sectoren (uitzendbedrijven, taxi- en ambulancevervoer, bouwbedrijven, agrarische sector en de sector werk en (re) integratie) verkennen hoe suïcidepreventie vorm te geven richting hun medewerkers en mogelijk ook hun klanten. Het benoemen van "ambassadeurs" is een manier om intern, binnen de bedrijven, diverse vormen van suïcidepreventie in te bedden in bestaande programma's.

[6] Hegerl, U., et al. (2013). Alliances against depression – A community based approach to target depression and to prevent suicidal behaviour. Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 37(10), 2404–2409

[7] Hofstra, E., van Nieuwenhuizen, C., Bakker, M., Özgül, D., Elfeddali, I., de Jong, S. J., & van der Feltz-Cornelis, C. M. (2019). Effectiveness of suicide prevention interventions: A systematic review and meta-analysis. In General Hospital Psychiatry. Elsevier Inc.

[8] De Jonge-Heesen, K.W.J., et al. (2020). Randomized control trial testing the effectiveness of implemented

[9] Zalsman et al. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. Lancet Psychiatry.

[10] De Jonge-Heesen, K.W.J., et al. (2020). Randomized control trial testing the effectiveness of implemented depression prevention in high-risk adolescents. BMC medicine, 18(1), 1-13

[11] Factsheet suïcidaliteit onder LHBT'ers, 113 Zelfmoordpreventie https://www.113.nl/sites/default/files/113/2020%20middelen/Factsheet%20Suicidaliteit%20onder%20LHBT%27ers.pdf

[12] Zimmerman et al, 2016depression prevention in high-risk adolescents. BMC medicine, 18(1), 1-13

[13] Berkelmans et al. Identifying socio-demographic risk factors in the Netherlands using data on an individual level. Ingediend voor publicatie; Gilissen et al. (2013). Kenmerken van personen overleden door zelfdoding. Epidemiologisch Bulletin, 48-4.

[14] Berkelmans et al. Identifying socio-demographic risk factors in the Netherlands using data on an individual level. Ingediend voor publicatie; Gilissen et al. (2013). Kenmerken van personen overleden door zelfdoding. Epidemiologisch Bulletin, 48-4.

[15] Jungmann N, Wesdorp P, Medern T (Red). Stress-sensitief werken in het sociaal domein. Bohn, Stafleu, van Loghum. Houten, 2020.

[16] Gilissen & Berkelmans. Suïcide per werksector, 2019. https://www.113.nl/sites/default/files/2019-03/Zelfdoding%20per%20werksector.pdf

Doelstelling 4 Suïcidepreventie voor specifieke doelgroepen (voor uitwerking, zie overige doelen)

Suïcidepreventie voor specifieke doelgroepen, door:
Tijdige herkenning van suïcidaal gedrag en drempelloze toegang tot hulp voor mensen met suïcidaal gedrag, specifiek voor mensen uit hoog risico groepen voor (fatale) suïcidepogingen: mannen van middelbare leeftijd, jongeren, mensen die een niet fatale suïcidepoging hebben gedaan, nabestaanden, LHBTI's en agrarische ondernemers.

Wat is het belang van suïcidepreventie voor specifieke doelgroepen?

Goed suïcidepreventiebeleid bestaat uit preventiemaatregelen gericht op de gehele bevolking (universele preventie) in combinatie met maatregelen gericht op doelgroepen binnen een populatie waarvan we weten dat ze meer risico hebben op suïcide (selectieve preventie) en op maatregelen gericht op de specifiek kwetsbare personen binnen de bevolking: mensen die suïcidegedachten hebben of die een suïcidepoging hebben gedaan (geïndiceerde preventie) (WHO). In deze derde Landelijke Agenda Suïcidepreventie staan de risicogroepen mannen van middelbare leeftijd, jongeren, mensen na een suïcidepoging, mensen met LHBTI-voorkeur en naasten en nabestaanden centraal.

Wat is er bekend over deze risicogroepen?

Mannen van middelbare leeftijd
Al jaren worden circa 2 van de 3 suïcides gepleegd door mannen, de meerderheid van hen is van middelbare leeftijd (40 tot 70 jaar).[17] De piek ligt bij deze groep in de leeftijdscategorie 50 tot 60 jaar.

Verklaringen voor de hoge suïcidecijfers onder mannen is ten eerste dat mannen vaker schadelijke methodes gebruiken dan vrouwen, waardoor de kans op overlijden groter is. Hiernaast ervaren mannen vaker dan vrouwen een hoge drempel om psychologische hulp te zoeken. Ze zijn terughoudend in het zoeken naar hulp of herkennen hun eigen lijden niet. Dit zorgt ervoor dat stress opbouwt tot een breekpunt, met als gevolg dat ze pas hulp zoeken wanneer ze in crisis zijn. Ook zijn mannen vaker dan vrouwen gevoelig voor negatieve sociaaleconomische veranderingen zoals werkloosheid. Werk is een belangrijk aspect van de mannelijke identiteit door de associatie met onafhankelijkheid, status en de rol van kostwinner voor het gezin. Problemen op deze domeinen geven mannen vaak het gevoel te falen. Daarnaast ondermijnt werkloosheid in deze levensfase de verwachte stabiliteit en veiligheid. Ten vierde hebben mannen meer dan vrouwen de neiging om alcohol en drugs te gebruiken als zelfmedicatie. Ze gebruiken deze middelen om hun emoties en (met name depressieve) symptomen te beheersen en het zoeken van zowel formele als informele hulp te vermijden. Overmatig alcohol- en drugsgebruik kan remmingen wegnemen en impulsiever maken, wat resulteert in een verhoogde kans op suïcidaal gedrag tijdens een crisis. Tenslotte speelt de middelbare leeftijd een rol, een periode waarin het leven wordt geëvalueerd en een positieve of negatieve visie op de toekomst wordt ontwikkeld, met wel of niet de bereidheid opnieuw te "investeren". [18]

Jongeren
Suïcidepogingen (niet fataal) komen het meest voor onder jonge vrouwen. [19] In Nederland is zelfdoding de grootste doodsoorzaak onder jongeren tussen de 10 en 20 jaar oud.[20] Er overlijdt in ons land elke week een tiener door suïcide. Suïcidecijfers onder jongeren zijn het hoogst voor jongens, jongeren die een Nederlandse herkomst hebben en jongeren die alleen wonen.[21] Het aantal zelfdodingen onder jongeren

tot 20 jaar schommelt: het ging om 81 jongeren in 2017, 51 in 2018 en 67 in 2019.

Mensen die een niet-fatale suïcidepoging hebben gedaan

Suïcidepogingen komen ongeveer 25 keer meer voor dan suïcide. [22] In Nederland komt dit neer op bijna 50.000 pogingen per jaar, 135 pogingen per dag. Hiervan komen ongeveer 15.000 mensen op een spoedeisende-hulpafdeling van Nederlandse ziekenhuizen voor opvang en behandeling na zelf toegebracht letsel, dat zijn er 40 per dag.[23] Deze mensen hebben 10 maal meer risico om in een later stadium te overlijden door suïcide. Ziekenhuizen spelen daarmee een cruciale rol in de preventie van zelfdoding. In het ziekenhuis hebben deze patiënten vaak met zorgprofessionals van diverse afdelingen en/of instanties te maken: de ambulance, de huisartsenpost, de SEH, IC, PAAZ, MPU, acute opnameafdeling en/of de verpleegafdeling. Als belangrijkste knelpunten in het omgaan met patiënten na een suïcidepoging zien zorgprofessionals het gebrek aan tijd en vaardigheden om het suïcidegevaar in te schatten en uit te vragen. De SEH wordt als plek om te verblijven vaak als te onrustig of onveilig ervaren. Daarnaast wordt de wachttijd tot de komst van de crisisdienst als lang ervaren.[24]

Nabestaanden

Nog lang na een zelfdoding hebben mensen in de omgeving van het slachtoffer in verhoogde mate gedachten aan zelfdoding en vertonen ze vaker suïcidaal gedrag.[25] Dit speelt bij ongeveer een vijfde van de nabestaanden van mensen die overleden zijn door suïcide. Ook kan er sprake zijn van imitatie, wanneer een persoon overgaat op zelfdoding na blootgesteld te zijn aan de zelfdoding van een ander. Verder spelen problemen als gecompliceerde rouw en depressie bij nabestaanden. Nazorg van de naasten direct na een suïcide is van groot belang in het voorkomen van deze problematiek, maar er zijn weinig hulpverleners opgeleid om dit goed te kunnen doen. Trainingen voor GGZ-professionals in het verlenen van nazorg, zijn goed onderzocht en in gebruik in Engeland. GGZ-professionals leren in deze training als naastbetrokkenen ook voor zichzelf te zorgen na een suïcide van hun patiënt.

LHBTI's

Mensen die een lesbische, homoseksuele, biseksuele, transgender en/of intersekse (LHBTI) identiteit hebben staan voor extra uitdagingen in vergelijking met anderen. Negatieve reacties, pesten en geweld komen veel voor. Dit maakt LHBTI's kwetsbaar voor onder meer depressie en suïcide. Bijna de helft van de Nederlandse lesbische, homo en biseksuele (LHB-) volwassenen heeft ooit suïcidegedachten gehad. Dit is ruim 5 keer vaker dan in de algemene volwassen bevolking.[26] Daarbij heeft een aanzienlijk deel van de LHB-volwassenen (6% van de homo- en biseksuele mannen en 10% van de vrouwen) ooit een suïcidepoging ondernomen. Dit cijfer is 4 keer zo hoog als het aantal suïcidepogingen dat werd gerapporteerd door Nederlanders in de algemene bevolking. Transgenders doen 5 tot 10 maal vaker een suïcidepoging en denken 7 maal vaker aan suïcide in vergelijking met niet-transgenders.

Lesbische en biseksuele meisjes rapporteren ongeveer 1,5 keer vaker een suïcidepoging te hebben gedaan dan homojongens. De reactie van anderen op de coming-out speelt een cruciale rol. Jonge LHBTI's die een positieve reactie van hun ouders en de rest van de omgeving krijgen hebben minder vaak suïcidegedachten. De suïcidale gedachten nemen vaak af na de coming out of (bij transgenders) na toegang tot transgenderzorg. [27]

Agrarische ondernemers

Suïcide kan voorkomen worden als mensen tijdig over hun wanhoop durven praten en indien nodig voor hun suïcidale gedachten adequate hulp kunnen vinden. Verschillende analyses hebben laten zien dat er in de agrarische sector sprake is van een kloof tussen de psychosociale hulpvraag van de agrariër en de hulpverlening. De agrariër zoekt zelf geen of mondjesmaat hulp voor psychische problemen en praat er weinig over met mensen in de omgeving. Als er wel hulp gezocht wordt, blijkt het bestaande hulpaanbod vaak onvoldoende aan te sluiten bij de behoefte van de agrariër.

Psychosociale problemen worden hierdoor in een vroeg stadium onvoldoende gesignaleerd en behandeld, waardoor zij kunnen toenemen en uiteindelijk tot uitzichtloosheid, wanhoop en suïcidaliteit leiden. Een bijkomend risico is dat de agrarisch ondernemer snel en eenvoudig kan beschikken over middelen om suïcide te plegen. Andere veel voorkomende risicofactoren voor suïcide zijn ook vaak aanwezig: mannelijk geslacht, middelbare leeftijd, eigen bedrijf met hoge werkdruk en grote bedrijfsrisico's. Inmiddels zijn verschillende partijen op landelijk, regionaal en lokaal niveau op zoek naar oplossingen voor dit probleem. In 2020/2021 worden projecten uitgevoerd die tot stand zijn gekomen door overleg van het ministerie van LNV met de sector en hulpverleningsinstanties. Deze projecten hebben tot doel om de kloof tussen agrarische ondernemers en hulpverleningsinstanties te verkleinen.

Activiteiten voor specifieke doelgroepen in de Landelijke Agenda Suïcidepreventie 2021-2025
(voor uitwerking zie overige doelstellingen)

Doelstelling 4. *Beter bereik van specifieke doelgroepen.*
Te bereiken door:
Mannen van middelbare leeftijd a) Campagnes/communicatie van 113 Zelfmoordpreventie gericht op het signaleren van suïcidaliteit onder mannen van middelbare leeftijd en ter bevordering van contact (doelstelling 1) b) Acties in de sociaal-economische sector (zie doelstelling 3B).
Jongeren a) STORM borgen en opschalen (doelstelling 3A) b) Lessen in de klas introduceren d.m.v. inzet van de MIND Young Academy (doelstelling 3A) en RUG met programma Lief, Liever, Liefst (doelstelling 3A). c) Landelijke aanpak ontwikkelen voor jeugdhulpbrede werkwijze van suïcidepreventie, met een lerend netwerk, trainingen en een systeem van registratie en monitoring (doelstelling 5) d) Social media veiliger maken via content strategie (doelstelling 6). e) Psychologische autopsie (doelstelling 7).
Mensen na een niet-fatale suïcidepoging, die voor behandeling komen in het ziekenhuis (zie doelstelling 5) a) Binnen het 113 Netwerk Ziekenhuizen werken steeds meer ziekenhuizen samen aan het verbeteren van de kwaliteit van zorg voor de suïcidale patiënt op het gebied bewustwording, scholing, veiligheid, samenwerking en nazorg. b) Door middel van een online vragenlijst wordt jaarlijks de kennis, vaardigheden en behoefte aan scholing en/of interventies van zorgprofessionals in ziekenhuizen in kaart gebracht en krijgen zorgprofessionals scholing waarin zij leren suïcidaliteit te herkennen en adequaat te reageren, een voorbeeld is het programma ASSIP. c) Medisch specialisten uit het hele land hebben de mogelijkheid om de Cursus voor acute psychiatrische noodsituaties: APEx (Acute Psychiatrie Emergencies) te volgen. Deze wordt de komende jaren erkend als de standaard bijscholing voor zorgprofessionals op acute afdelingen. d) Ziekenhuizen binnen het 113 Netwerk Ziekenhuizen implementeren in samenwerking met ketenpartners en naasten een systematiek voor case-management/follow-up/nazorg na opname in het ziekenhuis, ter voorkoming van een herhaalde (fatale) suïcidepoging.

Nabestaanden

a) Ervaringen en tips van nabestaanden worden landelijk opgehaald en verspreid (doelstelling 1).
b) Ontwikkelen en implementeren van een nazorgmodule op scholen na suïcide leerling/docent (doelstelling 3A).
c) Nabestaanden hebben de mogelijkheid om mee te doen aan psychologische autopsie van de overleden persoon om ervan te leren (doelstelling 7).

LHBTI's

a) "Lief, Liever, Liefst", een onderzochte leesinterventie voor middelbare scholieren met gevoelens voor iemand van hetzelfde geslacht, wordt op scholen binnen SUPRANET Community aangeboden (zie doelstelling 3A).
b) Binnen de SUPRANET Community regio's organiseren lokale LHBTI-netwerken, in verbinding met 113 Zelfmoordpreventie, doorgaan met activiteiten en aandacht voor suïcidepreventie onder LHBTI's: van het organiseren van bijeenkomsten, het delen van persoonlijke verhalen, het samen maken van een rondreizende expositie, het trainen van gatekeepers. Waar mogelijk wordt in media en op events aandacht gevraagd voor suïcidepreventie (roze filmdagen, PRIDE, etc.) (doelstelling 3)
c) Vervolg implementatie producten Movisie, COC Nederland – Stayin' Alive, in samenwerking met (landelijke) LHBTI-organisaties zoals Transgender Netwerk Nederland, Transvisie, Maruf, LCC Netwerk, vanaf de start om te komen tot een goede implementatie enerzijds en specifieke activiteiten (gericht op transpersonen, bi-culturele LHBTI's of religieuze LHBTI's, drie risicogroepen binnen de risicogroep LHBTI) anderzijds (Doelstelling 1, 3).

Agrarische ondernemers

a) Verkleinen van de kloof tussen agrarische ondernemers en de (psychosociale) hulpverleningsinstanties door het verder versterken van onderlinge contacten tussen de agrarische sector, erfbetreders en (psychosociale) hulpverleningsinstanties en het voortzetten en uitbouwen van de eerder ingezette communicatieactiviteiten om de agrarische sector meer zichtbaar te maken bij reguliere psychosociale hulpverlening en vice versa.
b) Inrichten van een passende infrastructuur om de (psychosociale) hulp structureel aandacht te geven in de agrarische sector (o.b.v. uitkomsten verkenning anoniem meldloket en platform).
c) Uitkomsten van de nieuwe, gestarte en reeds afgeronde projecten van het ministerie van LNV en de sector en hulpverleningsinstanties worden meegenomen in netwerkaanpak binnen de landelijke agenda (SUPRANET Community, doelstelling 3).

[17] Factsheet Suïcidaliteit onder mannen van middelbare leeftijd. 113 Zelfmoordpreventie. https://www.113.nl/sites/default/files/113/2020%20middelen/factsheet_113_middelbare%20mannen13aug20.pdf
[18] Factsheet Suïcidaliteit onder mannen van middelbare leeftijd. 113 Zelfmoordpreventie. https://www.113.nl/sites/default/files/113/2020%20middelen/factsheet_113_middelbare%20mannen13aug20.pdf
[19] VeiligheidNL https://www.veiligheid.nl/organisatie/publicaties/cijferrapportage-letsels-2018
[20] Factsheet Suïcidaliteit onder jongeren. 113 Zelfmoordpreventie. https://www.113.nl/sites/default/files/113/2020%20middelen/Factsheet-suicidaliteit%20onder%20jongeren.pdf
[21] Berkelmans G, Van der Mei R, Bhulai S, Mérelle S, Gilissen R. (2019). Demographic risk factors for suicide among youths in the Netherlands. Int J Environ Res Public Health.
[22] facts and figures www.iasp.info/wspd/pdf/2019/2019_wspd_facts_and_figures.pdf
[23] VeiligheidNL https://www.veiligheid.nl/organisatie/publicaties/cijferrapportage-letsels-2018
[24] Mérelle, Boerema, van der Linden & Gilissen. (2018). Knelpunten in SEH-zorg voor suïcidepogers. Ned Tijdschr Geneeskd. 162.
[25] Bernan et al, 2011; Grad et al, 2016
[26] Factsheet Suïcidaliteit onder LHBTérs. 113 Zelfmoordpreventie. https://www.113.nl/sites/default/files/113/2020%20middelen/Factsheet%20Suicidaliteit%20onder%20LHBT'ers.pdf
[27] Factsheet Suïcidaliteit onder LHBTérs. 113 Zelfmoordpreventie. https://www.113.nl/sites/default/files/113/2020%20middelen/Factsheet%20Suicidaliteit%20onder%20LHBT'ers.pdf

Doelstelling 5 Veiligheid en effectiviteit van zorg verbeteren vanuit samenwerking tussen professionals, naasten en ervaringsdeskundigen

Veiligheid en effectiviteit van zorg verbeteren vanuit samenwerking tussen professionals, naasten en ervaringsdeskundigen, door:
a) Binnen instellingen in de GGZ en jeugdhulp: leiderschap ontwikkeling.
b) Ervaringsdeskundigheid en samenwerking met naasten bevorderen in de GGZ, jeugdhulp en de wijk.
c) Landelijke aanpak ontwikkelen voor jeugdhulpbrede werkwijze van suïcidepreventie, met een lerend netwerk, trainingen en een systeem van registratie en monitoring.
d) 113 Netwerk Ziekenhuizen verstevigen, trainen en implementatie/evaluatie best-practices nazorg na suïcidepoging.
e) Huisartsen /POH-GGZ leren suïcidaliteit te signaleren, bespreken en behandelen.

Het belang van veilige en effectieve zorg

Veertig procent van de mensen die in Nederland door suïcide overlijdt is in zorg. Daarnaast zijn er jaarlijks duizenden mensen die in ziekenhuizen worden behandeld na een suïcidepoging. En zijn ruim een half miljoen mensen bij de huisarts bekend met een depressie. Dit betekent dat de zorgsector enorme mogelijkheden heeft om vanuit het contact met de patiënt, suïcidaliteit te signaleren, te bespreken en te behandelen volgens de stand van de wetenschap. Dit kan alleen vanuit een veilige cultuur op de werkvloer, gericht op leren en verbeteren, waarin professionals de noodzakelijke risico's durven en kunnen nemen en hierin op diverse manieren gefaciliteerd worden.

Wat is er bekend over dit onderwerp?

Terwijl in de huisartsenpraktijk en de GGZ al veel suïcides worden voorkomen, blijkt uit onderzoek en ervaringsverhalen dat er nog een wereld te winnen is door de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg te verhogen. [28] Dit betekent het aanmoedigen van hulpverleners om hun patiënten effectieve, op wetenschappelijk bewijs berustende diagnostiek en behandelingen aan te bieden, tijdig en veilig en met empathie.

Ook in de jeugdhulp is ruimte voor verbetering-, zo wezen onderzoeken van de IGJ en 113 Zelfmoordpreventie onlangs uit.[29] Medewerkers hebben vaak geen specifieke scholing genoten en voelen zich onvoldoende in staat om met jongeren met suïcidaal gedrag om te gaan. Ook geven veel ouders aan dat de samenwerking met hen onvoldoende is, omdat in de praktijk de privacyregels in de weg zouden zitten. Daarnaast is er ruimte voor verbetering in de kwaliteit van zorg voor adolescenten met meerdere diagnosen en complexe problemen.

Naasten vervullen diverse rollen in de zorg voor mensen met suïcidaal gedrag. Zij ondersteunen iemand met suïcidaal gedrag soms al intensief en gedurende langere tijd, ook voordat professionele hulp in beeld komt. Zo zijn ze een belangrijke bron van informatie en van cruciaal belang voor de veiligheid van patiënten, vanwege hun (continue) nabijheid in acute situaties. Naasten zijn vaak ook toeleiders naar zorg, omdat zij als eerste signaleren dat er een risico is op suïcide en vervolgens hulp inschakelen. Ook kunnen zij een rol spelen in het wegnemen van onderliggende problematiek, bijvoorbeeld via systeemtherapie. Door al deze rollen is het van groot belang dat hulpverleners bij de diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag samenwerken met naasten als bondgenoten.

Naasten zijn van groot belang in het voorkomen van suïcide, samenwerking tussen hen en professionals wordt daarom in de landelijke richtlijn suïcidepreventie sterk aanbevolen. Naasten kunnen zich machteloos, schuldig en vervreemd voelen door de doodswens van hun geliefde. Zij kunnen hierdoor soms zélf hulp of ondersteuning nodig hebben, om de juiste dingen te doen en het zelf vol te kunnen houden.

Mensen die met suïcidaliteit worstelen hebben behoefte aan menselijk contact, aan mensen die op een open manier naast hen staan. Zij hebben vaak ruimte nodig om suïcidegedachten vrijelijk te mogen bespreken en dat lukt soms beter met ervaringsdeskundigen. De ervaringsdeskundige, die zelf suïcidaal is geweest, kan vanuit een unieke invalshoek contact maken en heeft vaak meer ruimte en mogelijkheid daarvoor. In het werk van ervaringsdeskundigen staat een gevoelsmatig of ervaringsniveau meer centraal en kunnen cliënten hun eigen tempo aangeven in hun herstelproces. De inzet van ervaringsdeskundigheid is aanvullend aan die van hulpverleners.

Activiteiten voor veilige en effectieve zorg voor mensen met suïcidaal gedrag

Doelstelling 5. Veiligheid en effectiviteit van zorg verbeteren vanuit samenwerking tussen professionals, naasten en ervaringsdeskundigen
Te bereiken door:
a) Binnen instellingen in de GGZ en jeugdhulp: leiderschap ontwikkeling. b) Ervaringsdeskundigheid en samenwerking met naasten bevorderen in de GGZ, jeugdhulp en de wijk. c) Landelijke aanpak ontwikkelen voor jeugdhulpbrede werkwijze van suïcidepreventie, met een lerend netwerk, trainingen en een systeem van registratie en monitoring. d) 113 Netwerk Ziekenhuizen verstevigen, trainen en implementatie/evaluatie best-practices nazorg na suïcidepoging. e) Huisartsen / POH-GGZ leren suïcidaliteit te signaleren, bespreken en te behandelen.

Ad a) Binnen instellingen in de GGZ en jeugdhulp: leiderschap ontwikkeling.
Binnen de Nederlandse ggz start een traject onder haar leden om bestuurders en formele en informele leiders in de GGZ en de jeugdhulp te inspireren sturing te geven aan effectief suïcidepreventiebeleid en aan een cultuur van leren en verbeteren. Dit leiderschap richt zich op:

- Persoonlijk invulling geven aan inspirerende doelstellingen zoals Zero Suicide, just culture, patiëntveiligheid. Als bestuurder uitdragen dat het gaat om de vraag hoe er geleerd kan worden van suïcides en op welke manier de organisatie steeds beter kan worden in het voorkomen ervan. Leiders, op diverse niveaus in de organisaties, hebben de taak om een veilige omgeving voor medewerkers te helpen creëren waarin zij noodzakelijke risico's durven nemen en waarin aandacht is voor het welzijn en risico op trauma onder hulpverleners.
- De implementatie van effectieve diagnostiek en behandelprogramma's specifiek gericht op suïcidaliteit, zoals ASSIP, CAMS, CBT-SP en Youth nominated support team, terugvalpreventie.
- Garanderen van noodzakelijk trainingsaanbod voor behandelaren, inclusief een nazorg training gericht op eigen welzijn.
- Een lerend systeem in de instelling organiseren om met behulp van praktijkdata de kennis over suïcidaliteit te versterken.

Ad b) Ervaringsdeskundigheid en samenwerking met naasten bevorderen in de GGZ, jeugdzorg en wijk.
In de Landelijke Agenda Suïcidepreventie worden concrete plannen gemaakt om de samenwerking met naasten en de inzet van ervaringsdeskundigheid de komende jaren te verbeteren. De uitwerking

ervan gebeurt vanuit MIND, in samenwerking met Ypsilon, de Ivonne van de Ven Stichting en 113. Er bestaan al enkele goede voorbeelden die kunnen worden doorontwikkeld. Zo heeft GGZ Rivierduinen een psycho-educatie training ontwikkeld voor naasten die behoefte hebben aan kennis en vaardigheden om met de persoon met suïcidaal gedrag om te gaan. De training is onderzocht als onderdeel van het ZonMw-programma. Daarnaast bestaan er door de cliëntenorganisaties ontwikkelde samenwerkingsinstrumenten die kunnen worden benut. Een mogelijke bron van kennis en inspiratie in deze is de stichting Eigen Kracht Centrale uit Zwolle. Ook de in 2019 verschenen documentaire Doodzonde, over het belang van naasten bij de zorg voor mensen met suïcidaliteit, is een tool om de discussie over suïcidepreventie en de rol van naasten in het leven en de behandeling van een suïcidaal persoon op gang te brengen.

Voor betere inzet van ervaringsdeskundigheid wordt een landelijk netwerk van ervaringsdeskundigen bijeengeroepen. Doel is kennis en voorbeelden te bundelen uit bestaande experimenten waarin op dit moment al geleerd wordt hoe ervaringsdeskundigheid kan worden ingezet. De leden van dit netwerk volgen zo nodig een gatekeepertraining en vervolgprogramma's voor verdere professionalisering en ondersteuning. Ook wordt vanuit dit netwerk de discussie met zorgprofessionals gestart over hoe men de inzet van ervaringsdeskundigheid vorm kan geven en verder kan professionaliseren. Hierbij horen vragen als: hoe je in een team samen kunt werken, hoe je ervoor kunt zorgen dat de ervaringsdeskundige en de andere collega's elkaar zo veel mogelijk aanvullen en kunnen verrijken. Deze topics zullen dan ook een plek kunnen krijgen in de opleiding tot ervaringsdeskundige.

Ad c) Landelijke aanpak ontwikkelen voor jeugdhulpbrede werkwijze van suïcidepreventie, met een lerend netwerk, trainingen en een systeem van registratie en monitoring.
Een aanpak vanuit ervaringen en infrastructuur van lopende programma's StroomOp en SUPRANET GGZ, onder begeleiding/coördinatie van 113 Zelfmoordpreventie. De Branches Gespecialiseerde Zorg voor Jeugd (BGZJ) worden bij de ontwikkeling hiervan nauw betrokken.

Professionals die dagelijks met jeugdigen werken die suïcidaal gedrag laten zien, moeten beschikken over de juiste handvatten (uitgangspunten voor goed hulpverlenen, kennis en vaardigheden) zodat zij beter in staat worden gesteld om hiermee om te gaan.

Voor de gesloten jeugdzorg instellingen maakte het ministerie van VWS het programma StroomOp mogelijk, dit loopt tot eind 2021. Alle 12 jeugdzorgplus instellingen werken hierbinnen aan het verbeteren van hun beleid en praktijk op het gebied van onder andere suïcidepreventie. Trainingsmodules en werkprocedures, gebaseerd op de multidisciplinaire richtlijn voor diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag, worden gedeeld en doorontwikkeld. Onderdeel is ook het ontwikkelen van een registratiesysteem, waarmee de instellingen hun resultaten op de doelstellingen kunnen monitoren. Met deze handvatten wordt er ingezet op gezamenlijk leren en reflecteren hoe teams zo goed mogelijk zorg kunnen leveren aan jongeren met suïcidaal gedrag en hoe naasten goed te betrekken. De focus ligt op JeugdzorgPlus, maar gedurende het ontwikkelen van het netwerk wordt al gekeken hoe LVB en Jeugd-GGZ kunnen aanhaken, omdat suïcidepreventie in JeugdzorgPlus gezien wordt als een ketenverantwoordelijkheid die gezamenlijk geleerd en ontwikkeld kan worden.

SUPRANET GGZ is het lerend netwerk van vijftien geïntegreerde GGZ-instellingen, die ook jongeren behandelen, en één KJP-instelling. Doel van het netwerk is leren en verbeteren van de kwaliteit van de zorg, aan de hand van betekenisvolle informatie. Tweemaal per jaar worden data verzameld en teruggekoppeld aan de deelnemers. SUPRANET GGZ organiseert verbetertrajecten voor teams uit de deelnemende instellingen, om te leren hoe zij met behulp van data hun werkwijzen en routines kunnen aanpassen.
Het doel van beide projecten is het terugdringen van suïcides en suïcidepogingen en beide programma's willen een de cultuur van leren en verbeteren stimuleren.

In de Landelijke Agenda Suïcidepreventie zal de komende jaren, vanuit de producten, ervaringen en

mogelijkheden van StroomOp en SUPRANET GGZ, gewerkt worden aan een lerend netwerk jeugd, met een jeugdhulp brede werkwijze suïcidepreventie, die aansluit op het leren met betrekking tot alle thema's binnen de jeugdhulp. Er wordt gewerkt met het inrichten van een uniforme dataverzamelingsstructuur die instellingen in de jeugdhulp feedbackinformatie geeft over de kwaliteit van zorg en over te voorkomen calamiteiten als zelfbeschadiging, suïcidepogingen en suïcides. De dataverzamelingsstructuur zal in de tijd op basis van bevindingen in wetenschap, analyses als Ketenbreed Leren en bevindingen vanuit psychologische autopsies voortdurend ontwikkeld worden. Van belang is dat de systematiek de domeinen van één specifieke sector overstijgt en zowel KJP-instellingen als JeugdzorgPlus en overige jeugdhulpinstellingen helpt bij het verbeteren van de kwaliteit van zorg.

Om dit te bereiken wordt gekozen voor een gefaseerde aanpak. Activiteiten in 2021-2022 zijn:

- Een werkgroep van experts uit de KJP, Jeugdzorgplus en overige jeugdhulpinstellingen, al dan niet betrokken bij StroomOp en SUPRANET GGZ, ontwikkelt voor december 2021 een plan voor de inrichting van het lerend netwerk jeugd. Dit plan heeft als doel de realisatie binnen twee jaar van een jeugdhulpbrede werkwijze voor suïcidepreventie binnen een duurzaam lerend netwerk, dat zich kenmerkt door trainingen voor professionals en een cultuur van lerende organisaties en teams, ondersteund door registratie en monitoring. Het plan moet aansluiten op de andere thema's waarop ontwikkeld en geleerd wordt en moet aangeven op welke wijze dit landelijk lerend netwerk georganiseerd en aangestuurd wordt, via welke stappen en tegen welke kosten.
- Het eerste op te leveren product, in het tweede kwartaal van 2021, is de minimale dataset, oftewel een set van relevante indicatoren, ontwikkeld met hulpverleners uit in eerste instantie de JeugdzorgPlus en de KJP. Deze registratie richt zich zowel op de processen op de werkvloer (bv het betrekken van ouders/familie of het gebruik van een screener en veiligheidsplan) als op de uitkomsten/de te voorkomen calamiteiten (zelfbeschadiging, suïcidepogingen, suïcides).
- Na de oplevering van deze eerste set indicatoren, wordt in de tweede helft van 2021 gestart met een proefimplementatie ervan in 5 instellingen binnen de KJP en JeugdzorgPlus.
- De indicatorenset wordt vervolgens vanaf tweede helft 2021 aangepast en uitgebreid, op basis van de proefimplementatie en de registratiebehoeften van de overige instellingen in de jeugdhulp.
- In januari 2022 start het landelijk lerend netwerk jeugd, al dan niet binnen de infrastructuur van SUPRANET GGZ, met als deelnemers in ieder geval de 5 KJP instellingen en de 12 JeugdzorgPlus instellingen, en waar aangehaakt ook instellingen in de overige jeugdhulp.

Ad d) 113 Netwerk Ziekenhuizen verstevigen, trainen en implementatie/evaluatie best-practices nazorg en suïcidepoging.
Activiteiten gericht op mensen die een suïcidepoging overleven, vinden plaats vanuit het in 2019 opgerichte 113 Netwerk Ziekenhuizen. In de Landelijke Agenda Suïcidepreventie 2021-2025 is er binnen het 113 Netwerk Ziekenhuizen wederom ruimte om de zorg, attitude en kennis over suïcidaal gedrag binnen het ziekenhuis verder te ontwikkelen en ervaringen onderling uit te wisselen. Gestreefd wordt naar een toename van het aantal deelnemende ziekenhuizen de komende jaren. Thema's waarmee ziekenhuizen aan de slag gaan zijn bewustwording, scholing, veiligheid (registratie, protocollering en op de afdeling), effectieve interventies (ASSIP), samenwerking (huisarts, GGZ) en effectieve interventies op het gebied van nazorg, waarbij ook de verbinding wordt gelegd met het gemeentelijk beleid en de bestaande lokale netwerken (waaronder SUPRANET Community).

Voor medisch specialisten komt de cursus voor acute psychiatrische noodsituaties beschikbaar: APEx (Acute Psychiatrie Emergencies), via de stichting ALSG. De APEx cursus is in Engeland ontwikkeld voor de eerste opvang van patiënten met een verdenking van een acute psychiatrische noodsituatie, inclusief de suïcidale patiënt. In de cursus is aandacht voor de integratie van somatiek en psychiatrie. De doelgroep bestaat uit professionals werkzaam binnen de spoedeisende geneeskunde of psychiatrie of professionals die met een van beide gebieden regelmatig in aanraking komen. De organisatie is in

handen van ALSG, de NVSHA en 113 Zelfmoordpreventie ondersteunen de cursus.

Ad e) Huisartsen/POH-GGZ leren suïcidaliteit te signaleren, bespreken en behandelen.
Om training voor huisartsen laagdrempeliger te maken, heeft het NHG een e-learning ontwikkeld die gratis door huisartsen en POH's GGZ gevolgd kan worden. Gecombineerd met een gesprekstraining van twee uur (gegeven door de NHG, niet gratis) vormt dit een korte training om te leren screenen en patiënten naar adequate zorg te leiden. Voor betere verwijzing en samenwerking in de keten worden bruikbare lessen van het ZonMW ketenproject SUPREMECOL gebundeld en verspreid.

Doelstelling 6 Beperking toegang tot dodelijke middelen

Beperking toegang tot dodelijke middelen, door:
a) Gebouwveiligheid bevorderen op risicoplekken in de GGZ en in de publieke ruimten.
b) Medicatieveiligheid bevorderen, door training van professionals over geneesmiddelengebruik in relatie tot suïcidaal gedrag en door het opwerpen van drempels voor aanschaf van dodelijke dosering geneesmiddelen.
c) Drempels opwerpen om social-media te gebruiken als medium om suïcidaal gedrag te bevorderen.

Waarom is het belangrijk om de toegang tot dodelijke middelen te beperken?

Mensen die actief plannen maken om zichzelf van het leven te beroven, zoeken naar een voor hen uitvoerbare methode.

Factoren die de keuze voor een bepaalde methode voor het plegen van suïcide bepalen hebben te maken met de beschikbaarheid van deze methode, met de kennis over hoe je de methode gebruiken kan en de mate waarin de methode in een land wordt geaccepteerd. Zo was er bijvoorbeeld een sterke afname van het aantal suïcides met wapens in Australië, nadat er landelijk beleid kwam dat wapenbezit reguleerde.[30]

Met maatregelen die het moeilijk maken om suïcide te plegen, kunnen mogelijk suïcides worden voorkomen. Dit biedt concrete opties voor suïcidepreventie. Zo kunnen nog veel gebouwen in de GGZ veiliger worden gemaakt, de kennis over geschikte materialen is niet volledig maar wel deels beschikbaar.

Geneesmiddelen worden vaak gebruikt als methode bij (pogingen tot) suïcide, ook omdat ze makkelijk in hoge doseringen te verkrijgen zijn. Daarnaast zijn dodelijke middelen veelal zonder recept te verkrijgen, bijvoorbeeld bij online apotheken of in supermarkten. Een concrete maatregel tegen het plegen van suïcides met medicijnen is het opwerpen van drempels voor het makkelijk verkrijgen van een dodelijke dosis middelen, met name zelfzorggeneesmiddelen zoals paracetamol.

Wat is er bekend over dit onderwerp?

De meeste effectieve methode van suïcidepreventie is het voorkomen dat mensen de fysieke middelen hebben om het te doen. Beperking van de toegang tot dodelijke middelen leidt tot minder suïcides, dit blijkt uit meerdere wetenschappelijke onderzoeken. [31] In Nederland zijn de meest gebruikte methoden voor het plegen van suïcide: verhanging, intoxicaties, springen van grote hoogten, suïcides rond het spoor en verdrinking.

In 2018 kwamen 186 mensen om door suïcide rond het spoor. Rond het spoor zijn de afgelopen 10 jaar door NS en ProRail grote en succesvolle suïcidepreventie programma's uitgevoerd.

Geneesmiddelen kunnen een negatieve invloed hebben doordat zij, meestal in te hoge doseringen, suïcidaal gedrag opwekken of versterken. In het buitenland zijn zeer goede resultaten behaald met

het verkleinen van verpakkingen waar we in Nederland ons voordeel mee kunnen doen.[32] Een eerder onderzoek van het IVM toonde het gemak waarmee consumenten in Nederland een dodelijke hoeveelheid paracetamol kunnen aanschaffen in de supermarkt. 113 Zelfmoordpreventie heeft afgezien van publicatie van dit onderzoek, om voorbeeld- of kopieergedrag te voorkomen. De verkoop van zelfzorggeneesmiddelen (UAD) in ons land is de laatste jaren versoepeld: de balie is in een groot deel van de supermarkten verdwenen, en een breed assortiment aan geneesmiddelen kan voor een laag bedrag worden gekocht, zonder fysieke drempel en zonder deskundigheid op de verkoopvloer. Dit is reden tot zorg. Het wegvallen van alle drempels kan leiden tot impulsgedrag in het gebruiken van geneesmiddelen als methode om suïcide te plegen.

Activiteiten voor het beperken van de toegang tot dodelijke middelen

Doelstelling 6. Beperking toegang tot dodelijke middelen.
Te bereiken door:
a) Gebouwveiligheid bevorderen op risicoplekken in de GGZ en in de publieke ruimten. b) Medicatieveiligheid bevorderen, door training van professionals over geneesmiddelengebruik in relatie tot suïcidaal gedrag en door het opwerpen van drempels voor aanschaf van dodelijke dosering geneesmiddelen. c) Drempels opwerpen om social-media te gebruiken als medium om suïcidaal gedrag te bevorderen.

Ad a) Gebouwveiligheid bevorderen op risicoplekken in de GGZ en in de publieke ruimten.
Gebouwveiligheid binnen de GGZ krijgt de komende jaren aandacht binnen het netwerk dat 113 Zelfmoordpreventie en TNO de afgelopen jaren oprichtte. In het netwerk worden voorbeelden van gebouw(on)veiligheid uitgewisseld. Jeugdhulpinstellingen worden uitgenodigd deel te nemen aan het netwerk.

Wat betreft de publieke gebouwen, zal 113 Zelfmoordpreventie zelf proactief locaties bezoeken waar een suïcide heeft plaats gevonden. Met name om verantwoordelijken van deze plekken te bewegen fysieke maatregelen te treffen om nieuwe suïcides te voorkomen. Er zijn goede voorbeelden van adequate maatregelen – zoals op de Domtoren in Utrecht, waar een mix aan harde en zachte maatregelen ervoor heeft gezorgd dat het sinds 2014 niet meer misgegaan is, terwijl er voor die tijd vier mensen per jaar sprongen. Dergelijke maatregelen worden doorgegeven aan eigenaren van andere risicolocaties, 113 Zelfmoordpreventie zoekt op dit punt samenwerking met de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG).

Ad b) Medicatieveiligheid bevorderen, door training van professionals over geneesmiddelengebruik in relatie tot suïcidaal gedrag en door het opwerpen van drempels voor aanschaf van dodelijke dosering geneesmiddelen.
Het Instituut Verantwoord Medicijngebruik (IVM) heeft de afgelopen jaren in opdracht van 113 Zelfmoordpreventie een overzicht gemaakt van geneesmiddelen waarmee getracht is suïcide te plegen (onder meer op basis van de gegevens van het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum) en van geneesmiddelen die als mogelijke bijwerking hebben dat ze suïcidegedachten oproepen. De door het IVM ontwikkelde materialen, die de diverse aspecten van geneesmiddelengebruik in relatie tot suïcidaal gedrag bespreekt, zullen in de komende jaren worden ge-update en wederom onder de aandacht van huisartsen en apothekers worden gebracht. Deze materialen, waaronder een e-learning en een FTO-module, beogen apothekers, huisartsen en POH's GGZ handvatten te geven om suïcidaal gedrag te herkennen en hierover te praten met patiënten en met elkaar.

In deze Landelijke Agenda krijgt het thema verantwoorde zorg bij zelfzorgmedicatie opnieuw aandacht. Dit doen we door vanuit 113 Zelfmoordpreventie in gesprek te gaan met supermarktketens en tankstations over hun bredere betrokkenheid bij het terugdringen van suïcides in ons land. Deze betrokkenheid gaat zowel over hun rol als werkgever als over hun sociaal-maatschappelijke functie binnen wijken en gemeenschappen, die hen mogelijkheden biedt voor het helpen signaleren en voorkomen van suïcide onder hun klanten.
Daarnaast zal het IVM-onderzoek doen naar kennis over veilige zelfzorgmedicatie en over de huidige praktijk in ons land. Deze kennis wordt ingebracht in lopende en te organiseren discussies tussen koepels, belangenverenigingen en kenniscentra, waaronder het Centraal Bureau Drogisterijbedrijven, de Consumentenbond, de Patiëntenfederatie Nederland en de IGJ. Doel is samen te komen tot een omschrijving van verantwoorde zorg in de verkoop van zelfzorgmedicatie, aanbevelingen te doen voor een meer verantwoorde verkoop van zelfzorgmedicatie in supermarkten en deze lokaal te implementeren.

Ad c) Drempels opwerpen om social-media te gebruiken als medium om suïcidaal gedrag te bevorderen. In het eind 2019 afgeronde onderzoek "Suïcide en Jongeren 2017", bleek dat jongeren op social-media op verborgen accounts of via WhatsApp depressieve en suïcidale uitingen delen en zelfs onder invloed van leeftijdsgenoten een "suïcidale identiteit" ontwikkelen. Daarnaast vonden jongeren via internet gemakkelijk methoden, locaties en tips om suïcide te plegen. Ouders hadden weinig zicht op het sociale mediagebruik van hun kinderen.

De komende jaren zal dit thema oa vanuit MIND en 113 Zelfmoordpreventie met jongeren en experts, in samenwerking met de social media, nader verkend worden in de hoop een aantal prangende vragen te kunnen beantwoorden, zoals: is er een relatie tussen het gebruik van sociale media en suïcidaal gedrag bij jongeren? Wat is de invloed van online sociale netwerken daarbij? Hoe kan onveilige berichtgeving worden gesignaleerd en gerepareerd worden? Hoe kan men dit bespreekbaar maken met jongeren en ouders? Zijn er effectieve interventies (te ontwikkelen) om positieve steun via sociale media voor jongeren met suïcidaliteit te faciliteren? Wat is de rol van jongeren zelf en influencers daarin? Is via sociale media en gebruikmaking van geavanceerde technieken zoals machine learning, vroeg signalering van jongeren effectief?

In reactie op technische ontwikkelingen op social media en mogelijk risicovolle trends, zal ook door 113 Communicatie het contact worden voortgezet met organisaties zoals Facebook, Instagram, Twitter en TikTok met als doel preventie op social platforms te agenderen en te activeren. Daarnaast zullen we met communicatie-acties anticiperen op mogelijk risicovolle trends op social media (zie ook hoofdstuk 1, artikel b).

Doelstelling 7 Opzet van een landelijk lerend systeem

Opzet van een landelijk lerend systeem, door:
a) Nieuwe onderzoeksresultaten van effectieve interventies in kaart brengen en ontsluiten voor de praktijk.
b) Relevante databases, regionaal, landelijk en internationaal, maximaal gebruiken voor inzicht in suïcidaliteit, met name suïcidepogingen en suïcides.
c) Leren van psychologische autopsie. Regionaal implementeren en landelijke inzichten bundelen en terugkoppelen aan hulpverleners, cliënten/naasten/nabestaanden en organisaties in de maatschappij.
d) Monitoring van de verschillende onderdelen van de Landelijke Agenda Suïcidepreventie.

Waarom is het belangrijk?

Inmiddels zijn er diverse initiatieven in ons land die data omtrent suïcidaliteit verzamelen of dit van plan zijn. Het is van groot belang dat deze data samenkomen, door een brede groep experts geïnterpreteerd worden en in de vorm van adviezen hun weg vinden naar de praktijk. Het koppelen van bestaande data (koppeling van CBS met andere instanties of koppeling van verschillende cohortstudies) geeft meer inzicht en daarmee de mogelijkheid tot verbetering van de praktijk om suïcide te voorkomen.

In deze derde Landelijke Agenda Suïcidepreventie wordt een landelijke aanpak van psychologische autopsie ingericht, om te leren van elke suïcide als basis voor een breder lerend systeem. Daarnaast blijft nieuw onderzoek naar veelbelovende behandelingen of innovaties noodzakelijk om steeds beter te worden in suïcidepreventie en wordt de kennis praktisch ontsloten voor professionals met behulp van online tools.

Wat is er bekend over dit onderwerp?

Er zijn interventies voor GGZ-instellingen waarvan bekend is dat ze preventief werken. Deze zijn beschreven in de richtlijn suïcidepreventie [33] en aanvullend onderzoek dat gedaan is na het verschijnen van de richtlijn. Deze suïcidepreventie interventies worden echter maar beperkt ingezet en hierdoor krijgen patiënten met suïcidaliteit vaak niet de behandeling die volgens onderzoek het meest effectief is.[34] Mogelijke oorzaken voor dit gebrek aan een evidence-based behandeling van deze patiënten, en de hieruit voortvloeiende ongewenste praktijkvariatie, zijn: 1) hoewel er veel onderzoek naar behandeling van patiënten met suïcidaliteit is, is dit onderzoek niet overzichtelijk en eenduidig; 2) de bestaande richtlijn voor diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag is gedateerd (2012) en niet erg handelingsgericht geschreven; 3) behandelaren en patiënten zijn onwetend over bestaande wetenschappelijke evidentie en het belang hiervan voor een optimale behandeling van de patiënt.

In Nederland is er momenteel geen landelijke registratie van suïcidepogingen. De schatting van ongeveer 25 keer meer pogingen dan suïcides is gebaseerd op internationale cijfers. Om meer inzicht te krijgen in de aard en omvang van pogingen in Nederland zullen landelijk suïcidepogingen van verschillende bestaande databases gekoppeld worden, gelijkend op het initiatief van 113 Zelfmoordpreventie in de Commissie Actuele Nederlandse Suïcideregistratie dat landelijk het actueel aantal suïcides monitort.

Het verdiepend onderzoek naar de context van de suïcides onder 10- tot 20-jarige jongeren in 2017 heeft een overzicht opgeleverd van een veelheid aan factoren die, in een veelheid van samenstellingen, een rol kunnen spelen bij suïcide onder jongeren.[35] In 2021-2025 zal een landelijke aanpak van psycho-

logische autopsie ingericht worden, om te leren van elke suïcide, ongeacht de leeftijd, als basis voor een breder lerend systeem. De methode is gebaseerd op beproefde methoden uit andere Europese landen, zoals Ierland, België en Noorwegen.[36] Door diepte-interviews met naasten, zoals ouders en partners van de overledenen, wordt inzicht verkregen in factoren en aanleidingen die bij de suïcide een rol speelden. Deze kennis kan onder andere bijdragen aan betere signalering, het organiseren van passende zorg en het verbeteren van veiligheidsmaatregelen.

Bij verkeersongevallen gebeurt systematisch onderzoek al sinds 1962 (www.swov.nl). Daar is sinds 1973, mede dankzij een breed scala aan preventieve maatregelen en verbetering van het weggennet, een geleidelijke afname te zien in het aantal slachtoffers van dodelijke ongevallen (in 1998 vielen 1.149 dodelijke slachtoffers in het verkeer, tegenover 678 in 2018), terwijl het aantal verkeersdeelnemers almaar is gestegen (www.CBS.nl; www.swov.nl).

Activiteiten landelijk lerend systeem in de Landelijke Agenda Suïcidepreventie 2021-2025

Doelstelling 7. *Opzet van een landelijk lerend systeem*
Te bereiken door:
a) Nieuwe onderzoeksresultaten van effectieve interventies in kaart brengen en ontsluiten voor de praktijk. b) Relevante databases, regionaal, landelijk en internationaal, maximaal gebruiken voor inzicht in suïcidaliteit, met name suïcidepogingen en suïcides. c) Leren van psychologische autopsie. Regionaal implementeren en landelijke inzichten bundelen en terugkoppelen aan hulpverleners, cliënten/naasten/nabestaanden en organisaties in de maatschappij. d) Monitoring van de verschillende onderdelen van de Landelijke Agenda Suïcidepreventie.

Ad a) Nieuwe onderzoeksresultaten van effectieve interventies in kaart brengen en ontsluiten voor de praktijk.
113 Zelfmoordpreventie ontwikkelt in samenwerking met inhoudelijke en wetenschappelijke experts, ervaringsdeskundigen en naasten een toolkit voor GGZ-professionals die actueel en praktisch is. De toolkit is een ondersteuningsinstrument dat behandelsuggesties geeft op basis van achterliggende factoren bij de patiënt.

De suïcidepreventie toolkit is op verschillende vlakken vernieuwend:
1. Het zal de meest recente wetenschappelijke kennis over behandeling van patiënten met suïcidale gedachten en gedrag bevatten, vergaard aan de hand van een moderne methode genaamd 'living systematic review'. Daarbij zal de toolkit informatie bevatten over welke behandeling optimaal is voor welke patiënt. Belangrijke kennis die momenteel niet overzichtelijk beschikbaar is.
2. In tegenstelling tot de huidige richtlijn, zal het een handelingsgerichte, overzichtelijke, visueel aantrekkelijke, gebruikersvriendelijke, en interactieve manier zijn om wetenschappelijke bevindingen te vertalen naar de klinische praktijk.
3. Naast het bereiken van GGZ-behandelaren, worden patiënten betrokken in de keuze van hun eigen behandeling.

De suïcidepreventie toolkit wordt beschikbaar gesteld via de website van 113 Zelfmoordpreventie. Daarbij zal de toolkit actief worden geïmplementeerd in GGZ-instellingen via Supranet GGZ en de Nederlandse

ggz. Het doel is om de kwaliteit van zorg voor patiënten met suïcidaliteit te optimaliseren en de nieuwste evidentie voor patiëntgerichte behandelingen door middel van de toolkit in te bedden in de klinische praktijk en een vast onderdeel te maken in de reguliere behandeling van patiënten in de GGZ.

Ad b) Relevante databases, regionaal, landelijk en internationaal, maximaal gebruiken voor inzicht in suïcidaliteit, met name suïcidepogingen en suïcides.
Het benutten en koppelen van databases om landelijk kennis te genereren over het voorkomen van suïcides en suïcidepogingen wordt de komende jaren verkend en verder ontwikkeld. Gestreefd zal worden om landelijk suïcidepogingen van verschillende bestaande databases te koppelen, beginnend bij de ambulancediensten en ziekenhuizen, om meer inzicht te krijgen in de aard en omvang van pogingen. Ook zal worden ingezet op het koppelen van andere bestaande data, zoals koppeling van CBS met andere instanties, koppeling van verschillende cohortstudies en koppeling van praktijkdata van SUPRANET GGZ en Community. Het doel is om op landelijk niveau bestaande data beter te benutten, wat meer inzicht geeft en daarmee de mogelijkheid geeft tot verbetering van de praktijk om suïcide te voorkomen.

Ad c) Leren van psychologische autopsie.
Regionaal implementeren en landelijke inzichten bundelenen terugkoppelen aan hulpverleners, cliënten/naasten/nabestaanden en organisaties in de maatschappij.De psychologische autopsie is een beproefde methode die internationaal wordt ingezet om meer te leren over de achtergrond van suïcides. In deze methode worden gesprekken gevoerd met nabestaanden en op gestructureerde wijze uitgevraagd welke factoren een rol speelden, zowel van de kant van het slachtoffer als in de familie, zorg of dienstverlening waar de persoon mee te maken had. Doel is leren en, aan de hand van de resultaten, het nemen van maatregelen zodat nieuwe gevallen worden voorkomen. Het is de bedoeling en de verwachting dat de psychologische autopsie, SUPRANET GGZ en het nog te ontwikkelen lerend netwerk jeugd elkaar over en weer zullen versterken.

In 2018-2019 is in ons land ervaring met psychologische autopsie opgedaan tijdens een landelijk, grootschalig onderzoek naar de zelfdoding onder jongeren in 2017. Uit dit onderzoek is, los van wat er geleerd werd over betrokken factoren, gebleken dat nabestaanden het prettig vonden om onbevooroordeeld hun verhaal te kunnen vertellen en bij te dragen aan voorkoming van zelfdoding in de toekomst.

Dit jaar heeft een brede werkgroep van experts uit de zorg, politie, ProRail/NS en 113 Zelfmoordpreventie het initiatief genomen om een landelijk interview instrument en data beheersysteem te testen onder nabestaanden van mensen die overleden door suïcide op het spoor. Doel is om vanuit dit project de methodiek te verbreden naar een landelijke reconstructie van alle suïcides in Nederland.

Doel psychologische autopsie:
- Het leren van elke suïcide in Nederland, ongeacht de leeftijdscategorie, om maatregelen te treffen die volgende suïcides kunnen voorkomen.
- De informatie die hieruit verzameld wordt, vervolgens opslaan in een veilige, toegankelijke online omgeving die centraal wordt beheerd.
- Periodieke geaggregeerde analyse, regionaal en landelijk, met aanbevelingen voor beleid en praktijk. Tevens zullen rapportages specifiek voor suïcides onder jongeren worden gemaakt.

Aanpak:
- Het instellen van een brede werkgroep met vertegenwoordigers van professionals, nabestaanden/naasten, zorgaanbieders, onderzoekers en inspectie, met aparte aandacht voor autopsie bij volwassenen en jeugd (2021).
- Op basis van ervaringen met eerdere autopsie projecten en geteste methodes, opstellen van een plan van aanpak voor een landelijke systematiek (2021).
- Het uitvoeren van een pilot van de autopsie in enkele regio's door de verschillende professionals

en het evalueren van de ervaringen en opbrengsten (2022).
- Regionale en landelijke expertgroepen, waarin duiding en vertaling naar beleid en praktijk plaatsvindt (2022).
- Vanaf 2023: opschalen naar meer regio's.

Ad d) Monitoring van de verschillende onderdelen van de Landelijke Agenda Suïcidepreventie.
Of de diverse onderdelen van de Landelijke Agenda Suïcidepreventie een succes worden, hangt af van een complex stelsel van belemmerende en bevorderende factoren. Om de middelen gedurende de looptijd van vijf jaar optimaal te besteden, wordt voor elk doel apart een passende manier van monitoring ingericht. Doel is meten en verbeteren, door de kwaliteit en de voortgang van activiteiten in kaart te brengen en aan de hand van knelpunten/succesfactoren suggesties voor het vervolg van de werkzaamheden te genereren. Op basis van deze monitoring besluiten de coalities jaarlijks, in overleg met VWS, per doelstelling of de activiteiten worden vervolgd, aangepast of gestopt.

[28] Mokkenstorm J, Franx G, Gilissen R, Kerkhof A, Smit JH. Suicide Prevention Guideline Implementation in Specialist Mental Healthcare Institutions in The Netherlands. Int J Environ Res Public Health. 2018;15(5):910. Published 2018 May 3. doi:10.3390/ijerph15050910
[29] Mérelle et al. (2020). https://www.113.nl/onderzoek-jongeren-en-suicide
[30] Milner, A., Witt, K., Maheen, H. et al. (2017). Access to means of suicide, occupation and the risk of suicide: a national study over 12 years of coronial data. BMC Psychiatry 17, 125.
[31] Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, et al. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. Lancet Psychiatry.
[32] Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, et al. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. Lancet Psychiatry.
[33] Van Hemert ea. Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. De Tijdstroom, Utrecht, 2012.
[34] Setkowski, ea. (2020). Praktijkvariatie op het gebied van suïcidepreventie in de Nederlandse ggz. Tijdschrift voor Psychiatrie, 62.
[35] Mérelle, Van Bergen, Popma et al. Suïcide onder 10- tot 20-jarigen in 2017: een verdiepend onderzoek. 113 Zelfmoordpreventie, december 2019.
[36] Arensman et al., 2016; Portsky, Audenaert & van Heeringen, 2005; 2009; Rasmussen 2013

Organisatie Landelijke Agenda Suïcidepreventie 2021-2025

Verbreding van de agenda naar meer maatschappelijke sectoren
De Landelijke Agenda Suïcidepreventie is een programma waaraan inmiddels veel organisaties in de zorg, het onderwijs en de sociaaleconomische sector deelnemen, vanuit de visie dat alleen met een breed commitment impact wordt gerealiseerd.

In 2021-2025 zal de Landelijke Agenda Suïcidepreventie verder verbreed worden naar sectoren die tot nu toe nog niet werden bereikt. De jeugdhulp zal actief bij de Landelijke Agenda Suïcidepreventie aansluiten, vanuit verbinding met het programma Zorg voor de Jeugd. Daarnaast wordt de komende jaren samenwerking gezocht met landelijke initiatieven zoals De Nieuwe GGZ. Maar ook met organisaties in de forensische zorg, organisaties in de WLZ en met werkgevers. In deze sectoren is suïcidepreventie nog minder expliciet geagendeerd en uitgewerkt. Samen met hen zal 113 Zelfmoordpreventie verkennen wat de risicogroepen zijn en welke acties nodig zijn.

Van strategische doelen naar het realiseren van impact
De doorlooptijd van de derde Landelijke Agenda Suïcidepreventie is vijf jaar. In deze periode willen de betrokken partijen de verwachtingen waarmaken en de hiervoor gestelde doelen realiseren. Deze doelen worden in de eerste fase door de betrokken organisaties concreet gemaakt en tot een werkplan uitgewerkt. Om de voortgang en impact van de LA te monitoren is in doelstelling 7, het lerend systeem, ook de monitoring van de impact op de verschillende doelen opgenomen. Voor elk doel wordt een passende manier van monitoring ingericht, waarmee de voortgang en impact van activiteiten in kaart wordt gebracht, en aan de hand van knelpunten/succesfactoren suggesties voor vervolg worden gedaan. Op basis hiervan besluiten de coalities jaarlijks, in overleg met VWS, per doelstelling of de activiteiten worden vervolgd, aangepast of gestopt.

Rollen en verantwoordelijkheden

De coalitiepartners
Er zijn veel grote en kleine organisaties en initiatiefgroepen in ons land, waarin men zich inzet voor suïcidepreventie. Deze Landelijke Agenda Suïcidepreventie wil uitdrukkelijk een brede groep partijen, groot of klein, met elkaar verbinden zodat er synergie kan ontstaan tussen de vele activiteiten die worden ontplooid. Aan de start van deze nieuwe agenda zullen organisaties dan ook actief worden benaderd om zich te committeren aan (één of meerdere) strategische doelen en om deze met elkaar uit te werken en te realiseren. Vervolgens zal er groepsgewijs aan de doelen worden gewerkt. Er is periodiek overleg op uitvoerend niveau en bestuurlijk niveau.

De vele organisaties die zich committeren aan de activiteiten binnen de Landelijke Agenda Suïcidepreventie vormen de komende jaren coalities die gezamenlijk toewerken naar het realiseren van de strategische doelstellingen. Dit doen zij door het in samenhang uitvoeren van verschillende projecten/activiteiten, elke partij in het eigen domein. Deze projecten/activiteiten vormen de bouwstenen van de integrale aanpak binnen de Landelijke Agenda Suïcidepreventie. Partijen die meedoen in deze projecten en andere uitvoeringsactiviteiten, verbinden zich aan de gemaakte afspraken over de inspanningen die er "minimaal" van hen verwacht worden. Binnen elk project wordt vooraf een werkplan opgesteld, waarin de activiteiten

worden uitgewerkt en een duidelijke verdeling van verantwoordelijkheden staat beschreven. 113 Zelfmoordpreventie zal met partijen de afspraken formaliseren. Tweemaal per jaar wordt met betrokkenen de voortgang besproken en worden activiteiten eventueel bijgesteld of nieuwe acties opgepakt. Mijlpalen en te monitoren indicatoren worden samen met de uitvoerende partijen opgesteld.

De verwachting is dat er binnen de Landelijke Agenda Suïcidepreventie meerdere coalities aan de slag gaan, waaronder één voor jeugd. De partijen die zich inzetten voor minder suïcides en suïcidepogingen onder jongeren vertonen overlap met de partijen die elkaar vinden in het programma Zorg voor de Jeugd. Dit zal de verbinding tussen de activiteiten bevorderen. Daarnaast heeft de Landelijke Agenda Suïcidepreventie duidelijk een brede insteek, en richt zij zich op het brede domein van de jeugdhulp.

Expertraden
Per strategisch doel worden experts uit de praktijk, beroepsorganisaties, cliënten- en familieorganisaties en onderzoekers op persoonlijke titel gevraagd om mee te denken over de kwaliteit en de praktische relevantie van de activiteiten. En tevens om binnen hun invloedssfeer de agenda verder te brengen.

113 Zelfmoordpreventie
Als landelijk platform en expertisecentrum heeft 113 Zelfmoordpreventie de rol van regisseur en programmamanager. Dit houdt in dat zij het overzicht heeft, de voortgang rapporteert, de financiële kaders bewaakt en met de coalitiepartners/experts de kwaliteit van de uitvoering en de samenhang tussen de onderdelen van de agenda volgt en waar nodig aanpast. Vanuit 113 Zelfmoordpreventie wordt een ondersteuningsteam ingezet dat de coalities actief ondersteunt. Ook het helpen realiseren van de betrokkenheid en mogelijkheden van nog niet aangesloten organisaties om verantwoordelijkheid te kunnen nemen is een taak van 113 Zelfmoordpreventie.
Vanuit haar rol van regisseur zal 113 Zelfmoordpreventie formeel afspraken maken met de betrokken organisaties, gebaseerd op de mogelijkheden en inzet van elk, over de werkzaamheden en de benodigde ondersteuning en facilitering. De overheid zal met een programmasubsidie de Landelijke Agenda Suïcidepreventie 2021-2025 mogelijk helpen maken en 113 Zelfmoordpreventie in staat stellen de regisseursrol te vervullen bij de uitvoering van de agenda. 113 Zelfmoordpreventie rapporteert aan het ministerie van VWS over de voortgang van de activiteiten.

De overheid
Evenals dat bij de uitvoering van de vorige agenda's, vervult het ministerie van VWS de rol van opdrachtgever en regisseur. De verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de agenda ligt bij de betrokken partijen, zoals hierboven beschreven.

VWS zal het belang van het onderwerp suïcidepreventie actief uitdragen en agenderen en zal op het niveau van de landelijke overheid ook de betrokkenheid van andere ministeries bevorderen op dit dossier, om zo de benodigde integrale aanpak te kunnen realiseren. Betrokken ministeries voor de komende jaren zijn: VWS, SZW, OCW, JenV, LNV en IenW [37]. Daarnaast zal ook de VNG worden betrokken. Jaarlijks vindt er op hoogambtelijk niveau een interdepartementaal overleg plaats, waarin de voortgang en doelstellingen van de Landelijke Agenda Suïcidepreventie worden besproken. De betrokken ministeries en de VNG zullen worden uitgenodigd voor dit overleg. 113 Zelfmoordpreventie participeert eveneens hierin vanuit haar verantwoordelijkheid voor de regie op de Landelijke Agenda Suïcidepreventie.

[37] Met IenW is actief contact over het aanpalende programma "Suïcidepreventie, afhandeling en nazorg op het spoor 2017-2021".

Toezichthouders

Vanuit de visie van deze nieuwe Landelijke Agenda Suïcidepreventie, dat suïcides alleen samen voorkomen kunnen worden, is het belangrijk dat ook de toezichthouders hun rol de komende jaren met veldpartijen uitwerken tot een vorm die past in een cultuur van leren en verbeteren, in vertrouwen en in samenwerking zodat de burger en de professional zich gesteund voelen. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en Toezicht Sociaal Domein (TSD) hebben een rol bij het verbeteren van de zorg en ondersteuning rondom suïcides binnen de zorg en het sociaal domein. Zoals ook de samenwerking met andere departementen noodzakelijk is, zo is ook de aansluiting van Inspectie Justitie en Veiligheid, de Inspectie van het Onderwijs en de Inspectie Sociale Zaken en Werkgelegenheid relevant.

De Landelijke Agenda Suïcidepreventie 2021-2025: Projectenportefeuille en Begroting

Hieronder staat de jaarlijkse begroting voor de projecten uit de Landelijke Agenda Suïcidepreventie, i.p. voor de periode 2021-2022 (twee jaar). Op basis van voortgang, impact en ontwikkelingen wordt de begroting en projecten portefeuille bijgesteld voor de periode 2023-2025 (drie jaar).

Strategische doelstelling	**Projecten en activiteiten 2021-2022**	**Budget /jaar (2021-2022) en trekkers**	**Betrokken partijen (niet volledig)**
1. Taboe doorbreken	a) Communicatiestrategie en de vertaalslag naar publiekscampagnes. b) Verantwoorde, veilige berichtgeving over suïcidaal gedrag in de media. c) Verspreiden van ervaringen en hoopgevende verhalen. d) Voorlichting, workshops en (online) gatekeepertrainingen, waaronder de producten van Stayin Alive voor LHBTI.	650K Trekker: 113 Zelfmoordpreventie	de Nederlandse GGZ, MIND, Movisie, COC, LHBTI-netwerken, Trimbos-instituut
2. Trainen professionals	a) (E-)modules en trainingsmateriaal ontwikkelen voor zorgprofessionals. Doelgroepen: (BIG) psychologen, masterstudenten post-masteronderwijs, masterstudenten Geneeskunde, AIOS psychiatrie en HBO professionals.	300K Trekkers: afdeling Klinische Psychologie Universiteit Leiden, 113 Zelfmoordpreventie, RINO-groep	Ivonne van de Ven Stichting, NIP/andere beroeps-verenigingen
	b) Opleidingsmateriaal maken en trainers opleiden om vanuit stress-sensitief communiceren aandacht te hebben voor suïcidaliteit bij professionals in het sociaal-economisch domein, mn schuldhulpverlening.	50K Trekkers: Social Force (Nadja Jungmann)/ 113 Academy	Partners binnen sociaal-economische sector
	c) Jaarlijkse uitwisseling van voortgang en lessons learned (congres)	20K Trekker: samenwerkende RINO's	Opleidings-instituten
3. De wijk verstevigen	Regio's ondersteunen/versterken.	300K Trekker: 113 Zelfmoordpreventie	GGD GHOR, MIND, de Nederlandse GGZ, jeugdhulp, LHBTi-organisaties

3A onderwijs	a) Ketenaanpak STORM borgen in koploper regio Brabant ZO en verspreiden naar andere regio's.	1.360K Trekker: landelijke STORM/113 organisatie	MIND, Gemeenten, GGD, GGZ in regio's
	b) Ontwikkelen en implementeren nazorgmodule op scholen na suïcide leerling/docent	100K Trekker: Trimbos-instituut	MIND, 113 Onderzoek
	c) Lessen MIND Young Academy en Leesprogramma Lief, liever, liefst voor LHBTI's	50K Trekker: MIND LLL: 50K Trekker: RUG	COC
3B sociaal-economische sector	a) Verbindingen leggen op diverse niveaus tussen de Landelijke Agenda Suïcidepreventie en relevante landelijke thema's/programma's.	140k Trekkers: 113 Zelfmoordpreventie	SZW, VNG, UWV, Schuldenlab, Werkplaats COMO, etc
	b) Leden van relevante beroepsgroepen leren vanuit stress-sensitief werken, suïcidaliteit te bespreken.	Zie doelstelling 2. Trekkers: HU/Nadja Jungmann	
	c) Regionale analyse in 6 gemeenten van omvang en problematiek oude en nieuwe risico-groepen (mn middelbare mannen) en in kaart brengen van (bestaande) mogelijkheden voor suïcidepreventie aanpak in regionale pilots vanaf 2022.	100K Trekkers: HU/Nadja Jungmann, 113 Zelfmoordpreventie	VNG, Ministerie SZW, landelijke en gemeentelijke partijen
	d) Enkele grote werkgevers in relevante sectoren bedden suïcidepreventie in, in programma's/beleid.	Trekker: 113 Zelfmoordpreventie	

4 Specifieke doelgroepen	Middelbare mannen • Campagnes en communicatiemiddelen. • Trainingen/voorlichting gatekeepers. • Analyse van suïcidale problematiek in 6 gemeenten en pilots voor ontwikkeling best-practices.	Doel 1, Doel 3B
	Jongeren • STORM borgen en opschalen. • Aanpak jeugdhulp brede werkwijze van suïcidepreventie • Psychologische autopsie. • Nazorg op scholen na een suïcide. • Lief, liever, liefst leesinterventie. • Social content	Doelen 1, 3A,5, 7
	Mensen na een suïcidepoging in het ziekenhuis Binnen het 113 Netwerk Ziekenhuizen werken steeds meer ziekenhuizen samen aan betere kwaliteit van zorg voor de suïcidale patiënt. Met een online vragenlijst onder zorgprofessionals jaarlijks de stand van zaken in kaart brengen mbt kennis, vaardigheden en de behoefte aan scholing. Medisch specialisten kunnen de cursus voor acute psychiatrische noodsituaties: APEx (Acute Psychiatrie Emergencies) volgen. Ziekenhuizen binnen het 113 Netwerk Ziekenhuizen implementeren in samenwerking met ketenpartners en naasten een systematiek voor case-management/follow-up/nazorg na opname in het ziekenhuis, ter voorkoming van een herhaalde (fatale) suïcidepoging.	Doel 5
	Nabestaanden • Ervaringen en tips van nabestaanden landelijk ophalen en verspreiden. • Ontwikkelen en implementeren van een nazorgmodule op scholen na suïcide leerling/docent. • Nabestaanden de mogelijkheid bieden om mee te doen aan psychologische autopsie.	Doel 1, 3A,7
	LHBTI's • Leesprogramma Lief, liever, liefst op scholen. • Lokale acties vanuit LHBTI netwerken stimuleren. • Producten Stayin Alive implementeren	Doel 3A, 3, 1

	Agrarische ondernemers Verkleinen van de kloof tussen agrarische ondernemers en de (psychosociale) hulpverleningsinstanties d.m.v. • Versterken van onderlinge contacten tussen de agrarische sector, erfbetreders en (psychosociale) hulpverleningsinstanties • Inrichten van een passende infrastructuur om de (psychosociale) hulp structureel aandacht te geven in de agrarische sector • Uitkomsten van de projecten van het ministerie van LNV, de sector en hulpverleningsinstanties worden meegenomen in netwerkaanpak binnen SUPRANET Community		Doel 3
5 Veilige en effectieve zorg	a) SUPRANET GGZ: leiderschap ontwikkeling, leren en verbeteren in praktijk.	50K Trekker: de Nederlandse GGZ	Mind, IGJ
	b) Ervaringsdeskundigheid en samenwerking met naasten bevorderen in de GGZ, jeugdhulp en de wijk.	50K Trekker: MIND	Ypsilon, Ivonne vd Ven Stichting en regionale netwerken
	c) Landelijke aanpak ontwikkelen voor jeugdhulpbrede werkwijze van suïcidepreventie, met een lerend netwerk, trainingen en een systeem van registratie en monitoring.	150K Trekker: 113 Zelfmoordpreventie	Stroom-Op, BGZJ, Jeugdzorg Nederland, SUPRANET GGZ, Kenniscentrum KJP
	d) 113 Netwerk-ziekenhuizen verstevigen, trainen en implementatie/evaluatie best-practices nazorg na suïcidepoging.	200K Trekker: 113 Zelfmoordpreventie	Ziekenhuizen, beroepsgroepen, naasten
	e) Huisartsen/POH-GGZ leren suïcidaliteit te signaleren, bespreken en behandelen.	50K Trekker: NHG/LHV	Landelijke vereniging POH-GGZ

6 Beperking toegang tot dodelijke middelen	a) Gebouwveiligheid bevorderen. In samenwerking met gemeenten, woningbouwverenigingen, politie, TNO en GGZ NL realiseren van gebouwveiligheid op risicoplekken in de GGZ en in de publieke ruimten.	50K Trekkers: TNO, 113 Zelfmoordpreventie	GGZ instellingen, gemeenten, architecten-bureau's
	b) Medicatie-veiligheid bevorderen, door training van professionals over geneesmiddelengebruik in relatie tot suïcidaal gedrag en door het opwerpen van drempels voor aanschaf van dodelijke dosering geneesmiddelen.	50K Trekker IVM	Beroeps-verenigingen, Centraal Bureau Drogisterij-bedrijven, Consumentenbond, Patiëntenfederatie Nederland, IGJ
	c) Drempels opwerpen om social-media te gebruiken als medium om suïcidaal gedrag te bevorderen.	50K Trekker: MIND, 113 Zelfmoordpreventie	Experts, Facebook
7 Inrichten lerend systeem	a) Nieuwe onderzoeksresultaten van effectieve interventies in kaart brengen en ontsluiten voor de praktijk.	100K Trekker: 113 Zelfmoordpreventie	SUPRANET GGZ, ALII-care, AKWA, VU
	b) Relevante databases, regionaal, landelijk en internationaal, maximaal gebruiken voor inzicht in suïcidaliteit, met name suïcidepogingen en suïcides.	100K Trekker: 113 Zelfmoordpreventie	Ziekenhuizen,ambulance diensten, Prorail, Trimbos-inst.
	c) Leren van psychologische autopsie. Regionaal implementeren en landelijke inzichten bundelen en terugkoppelen aan hulpverleners, cliënten/naasten/nabestaanden en organisaties in de maatschappij.	300K Trekker: multidisciplinaire werkgroep olv 113 Zelfmoordpreventie	MIND, GGD-en, NLdse GGZ, SUPRANET GGZ en Community, jeugdveld, beroeps-verenigingen, IGJ
	d) Monitoring van de verschillende onderdelen van de Landelijke Agenda Suïcidepreventie.	100K Trekker: nader te bepalen	Betrokken organisaties

Programmama-nagement	• Programma manager (0,8 fte) • Programmamedewerker (0,8 fte) • Communicatie adviseur (0,8 fte) • Project assistentie (1 fte) • ICT en financiën (0,5 fte) • Vacatie, reis- en vergaderkosten experts/adviseurs	430K	113 Zelfmoord-preventie
Totaal per jaar		4800K	

Bijlage 1: STORM: Strong Teens and Resilient Minds. Depressie- en suïcidepreventie in de regio

1. Ambitie, doelstellingen, resultaten en targets van STORM

Ambitie

De ultieme ambitie van STORM is dat alle jongeren in ons land, in de leeftijd van 12-18 jaar, weerbaar en veerkrachtig opgroeien. Dit betekent dat depressieve symptomen en suïcidale gedachten tijdig gesignaleerd worden en dat jongeren die dit nodig hebben krijgen tijdig toegang tot vormen van geïndiceerde preventie of hulp.

Om dit te bereiken wil STORM in alle 42 jeugdregio's (dan wel 25 GGD-regio's én 7 bovenregionale expertisenetwerken) gemeenten ondersteunen bij het implementeren van deze integrale netwerkaanpak om het volledige continuüm van signalering, preventie, ondersteuning en zorg te kunnen bieden, gebaseerd op bewezen effectieve interventies voor het versterken van de psychische gezondheid van jongeren en ter preventie en aanpak van depressie en suïcide.

Doelstellingen

De hoofddoelstelling van STORM is het voorkomen van depressies en suïcides onder jongeren. Subdoelen zijn als volgt gedefinieerd:

- Jongeren met depressieve symptomen en suïcidale gedachten worden eerder herkend.
- STORM draagt bij aan de mentale gezondheid; jongeren zijn veerkrachtiger en weerbaarder.
- We streven naar 'zero suicides'[38] onder jongeren in de regio.
- Jongeren laten na het aanbod in STORM minder depressieve klachten zien.
- Jongeren die zorg nodig hebben komen eerder terecht op een voor hen passende plek.

Resultaten

Om deze doelen te behalen worden de volgende te behalen resultaten gedefinieerd en parallel aan de uitvoering gemonitored:

- Alle mentoren in het tweede en vierde leerjaar van het voortgezet onderwijs en het eerste jaar van het middelbaar beroepsonderwijs zijn opgeleid in gespreksvoering rondom depressie en zelfdoding.
- Jeugdprofessionals in gemeenten, zoals opvoedondersteuners en basisteams Jeugd en Gezin, zijn opgeleid in gespreksvoering rondom zelfdoding en zijn in staat een schatting te maken van de ernst van de problematiek.
- Alle jongeren in het tweede en vierde leerjaar van het voortgezet onderwijs en eerste jaar van het middelbaar beroepsonderwijs worden getraind in het omgaan met tegenslagen en in het vergroten van hun sociale weerbaarheid.
- Ouders en opvoeders ontvangen voorlichting over hoe ze de jongeren hierbij kunnen ondersteunen via een voor hen ontwikkelde module.

- Alle risico-jongeren met depressieve klachten en suïcidale gedachten worden gesignaleerd door middel van screening door de GGD.
- Jongeren met een actuele suïcide-dreiging worden onderkend. Samen met de jongere en zijn/haar ouders wordt passende behandeling ingezet of opgeschaald.
- Jongeren met depressieve klachten zonder actuele suïcidedreiging nemen deel aan een geïndiceerd preventie programma op school gegeven door getrainde jeugdprofessionals.
- Jongeren die behandeld zijn voor suïcidaliteit en herstellende zijn van deze problematiek kunnen gebruik maken van ondersteuning van een support team via een voor hen ontwikkelde module aangeboden door de GGZ.

STORM heeft aanvullend de volgende procesmatige doelen:
- Scholen herijken hun aanbod op het terrein van weerbaarheid, implementeren een stevige doorlopende leerlijn rondom mentale en sociale weerbaarheid en dragen vanuit bestaande financiële middelen bij aan het aanbod van trainingen op scholen in het kader van STORM.
- De screening op depressieve symptomen en suïcidale gedachten door de GGD wordt geïntegreerd met het bestaande gezondheidsonderzoek en resulteert in één screeningsmoment en monitoring in de effecten van STORM zodat we ons steeds verder kunnen verbeteren.
- Knelpunten en lacunes in de ketensamenwerking rondom depressie- en suïcidepreventie worden geadresseerd en opgelost.

Targets implementatie STORM 2021-2025

STORM maakt de komende 5 jaar onderdeel uit van de landelijke agenda suïcidepreventie. Voor de duur van deze agenda (2021-2025) stellen we ons de volgende targets: 1. STORM wordt geborgd in de regio Zuidoost Brabant, de koploper regio met een populatie van 260.000 burgers; 2. STORM start gefaseerd in vier nieuwe regio's van gemiddeld vergelijkbare omvang als de koploperregio, waarmee er na vijf jaar een totaal bereik van minimaal 1,3 miljoen burgers is gerealiseerd. Regio's kunnen in de praktijk verschillen in het aantal gemeenten, burgers, scholen en uitgangssituatie. Dit vraagt om nadere uitwerking.

Organisatie

Om de targets te halen wordt een stevige structuur ingericht, bestaande uit een STORM stuurgroep en een ondersteunend STORM-team, inclusief projectleider. 113 Zelfmoordpreventie en de regionale STORM groep in Brabant zullen organisaties en personen voor de verschillende groepen uitnodigen. De opdracht aan hen is om in het eerste kwartaal van 2021 een werkplan op te leveren, met daarin minimaal:
- Een plan van aanpak voor de borging van STORM in koploper regio Brabant en landelijke verspreiding van STORM in 2021-2025;
- Een planning, inclusief de selectie en screening van regio's, de te behalen mijlpalen/tussenresultaten en een plan voor monitoring daarvan;
- Een nadere uitwerking van de begroting gebaseerd op geschatte omvang van regio's/bereik van jongeren;
- Een nadere uitwerking van rollen, verantwoordelijkheden en werkafspraken van betrokkenen;
- Formats voor selectie, instructie, contracten met regio's en uitvoerende organisaties.

2. Inhoudelijke beschrijving van STORM-interventies

STORM is een netwerksamenwerking waarin verschillende interventies worden aangeboden door diverse ketenpartners 38. Alle deelinterventies zijn goed onderzocht en hebben hun deeleffectiviteit bewezen. De vier belangrijkste interventies zien er als volgt uit:

a. De eerste interventie is het universele mental health programma en is gericht op het creëren van awareness over mentale gezondheid. Hiermee wordt vooral beoogd om jongeren te leren over mentale gezondheid en psychische problemen, maar vooral wat ze kunnen doen als ze zelf hulp nodig hebben. Het doel is om de kennis over depressie en hulpzoekend gedrag te bevorderen en stigma te verminderen en is effectief gebleken uit internationaal onderzoek 39. Voor jongeren gebeurt dit in de vorm van universele preventie in klassen, waarbij niet zozeer het verminderen van depressieve symptomen maar bewustwording centraal staat.
b. De tweede interventie is het opleiden van docenten en mentoren tot gatekeeper. Deze is vooral gericht op het versterken van de vaardigheden om het gesprek te voeren bij mentoren en docenten. Op dit moment is de omgeving van de jongeren niet ingericht op het signaleren van jongeren die vastlopen of problemen hebben. Door het systeem van jongeren gevoeliger te maken voor signaleren van somberheid en suïcidaliteit, kunnen jongeren daar op terugvallen 40. Hierdoor wordt er een sociaal vangnet gecreëerd rondom jongeren.
c. De derde interventie is systematische en zeer proactieve vroegsignalering van depressieve symptomen en suïcidale gedachten uitgevoerd door professionals in de gezondheidszorg 41. In het geval van jongeren speelt de organisatie van het gezondheidsonderzoek van de GGD op het voortgezet onderwijs een belangrijke rol. Door met stoornis specifieke vragenlijsten te vragen naar de aanwezigheid van depressieve symptomen en suïcidale gedachten worden alle jongeren op het voortgezet onderwijs systematisch gescreend. Hiermee wordt vroegsignalering op een proactieve wijze uitgevoerd.
d. De vierde interventie is het doorverwijzen en indien nodig vroegbehandelen van hoog-risico jongeren. Jongeren met suïcidale gedachten worden binnen 48 uur gezien door een GGD verpleegkundige of arts en worden na inschatting van de ernst direct doorverwezen naar basis- of specialistische GGZ. Ongeveer 10% van het totaal aantal jongeren laat verhoogde depressieve symptomen zien en komt in aanmerking voor het depressie preventie programma 'Op Volle Kracht', waarvan is gebleken dat het gunstige effecten heeft in de afname van somberheidsklachten 42, 43. Het programma wordt door psychologen aangeboden op scholen zelf om de drempel voor deelname zo klein mogelijk te houden.

3. Uitgangspunten voor succesvolle regionale implementatie

Gezamenlijk verantwoordelijk
STORM is een netwerksamenwerking waarin verschillende interventies worden aangeboden door diverse ketenpartners: voortgezet onderwijs, middelbaar beroepsonderwijs, GGD, jeugdhulpverlening, basisteams Jeugd en Gezin en GGZ. Depressie en met name suïcidepreventie vraagt niet om één specifieke interventie, maar om een reeks interventies die op meerdere vlakken risicofactoren verminderen of wegnemen en beschermende factoren laten toenemen of versterken. Het ontwikkelen en in stand houden van het netwerk is een proces dat vooral samenhang in beleid vraagt en een lange adem vereist.

Eigenaarschap

Het is van groot belang dat regio's zelf eigenaarschap hebben in de regionale uitvoering van depressie- en suïcidepreventie. Regionale (dus breder dan op gemeentelijke) uitvoering is noodzakelijk voor het volume; wanneer de regio te klein is wordt de uitvoering te gefragmenteerd. Daarmee gaat een hoge mate van solidariteit gemoeid. Echter, het risico bestaat dat wanneer een van de gemeenten zich terugtrekt (bijvoorbeeld vanwege financieringsproblemen) het netwerk wordt beschadigd en de solidariteit verdwijnt. Om het regionale eigenaarschap te stimuleren wordt pas begonnen met de implementatie van STORM wanneer een regio zich daar zelf klaar voor is. Dit wordt door het landelijk STORM team in kaart gebracht aan de hand van een readiness check. Vervolgens, wanneer de voorwaarden in de regio in voldoende mate gerealiseerd zijn, worden gemeenten voor de start van STORM gevraagd contractueel hun regionale verplichtingen aan te gaan voor de langere termijn.

Kwaliteitsborging
In de afgelopen jaren is uit verschillende onderzoeken en rapporten gebleken dat de organisatie van preventie problematisch is. De implementatie is vaak te gefragmenteerd en weinig systematisch, de kwaliteit van de uitvoering onvoldoende en er is te weinig aandacht voor de borging met uitdoving als gevolg. STORM is een bewezen effectieve interventie, mits uitgevoerd zoals bedoeld. Het belang van een kwalitatief modelgetrouwe uitvoering is cruciaal, en wordt daarom gekoppeld aan financiering van het project. Door de financiering blijvend te koppelen aan inhoudelijke kwaliteitsborging, bijvoorbeeld door toetsing op modelgetrouwheid, wordt de kwaliteit op pijl gehouden en het risico op uitdoving verkleind.

Landelijke ondersteuning

De regio's die kiezen voor STORM zullen worden ondersteund door een landelijk STORM team, samengesteld uit medewerkers van STORM Brabant en 113 Zelfmoordpreventie. Zij verzorgen de materialen en adviseren de regionale partners tijdens de eerste jaren van implementatie. Ook de readiness check, voor de selectie van de regio's, wordt door hen uitgevoerd.

Financiering

Om op korte termijn met de verspreiding van STORM te kunnen starten is het van belang niet te hoeven wachten op het vrijmaken van budget door de gemeenten in de betreffende regio, maar volledig gefinancierd door VWS. Dit houdt in dat de geselecteerde regio's de benodigde infrastructuur kunnen inrichten met middelen uit de landelijke agenda suïcidepreventie 2021-2025. De regio's ontvangen een volledige vergoeding in het eerste jaar, die in de volgende vier jaar wordt afgebouwd tot 25% van de kosten. Het streven is deze laatste 25% blijvend vanuit externe financiering te bekostigen, om de regio's hiermee een prikkel te geven modelgetrouw te werken, zich te laten toetsen in externe audits, resultaten en data landelijk te delen om op basis hiervan co-financiering te ontvangen. Regio's gaan vanaf de start van het traject, samen met de landelijke STORM-groep, op zoek naar deze externe financiering vanaf het vijfde jaar. Partijen die in aanmerking komen om STORM regionaal blijvend te financieren zijn de zorgverzekeraar, de provincie en het bedrijfsleven.

[38] http://zerosuicide.edc.org/

Tabel 1: Schematische weergave van regionale verspreiding van STORM, inclusief financiering.

	2021	2022	2023	2024	2025
Regio Zuidoost Brabant	75% VWS; 25% gemeenten	75% VWS; 25% gemeenten	50% VWS; 50% gemeenten	25% VWS; 75% gemeenten	25% co-financiering ; 75% gemeenten
Regio 1	100% VWS; 0% gemeenten	75% VWS; 25% gemeenten	50% VWS; 50% gemeenten	25% VWS; 75% gemeenten	25% co-financiering ; 75% gemeenten
Regio 2	100% VWS; 0% gemeenten	75% VWS; 25% gemeenten	50% VWS; 50% gemeenten	25% VWS; 75% gemeenten	25% co-financiering; 75% gemeenten
Regio 3		100% VWS; 0% gemeenten	75% VWS; 25% gemeenten	50% VWS; 50% gemeenten	25% co-financiering; 75% gemeenten
Regio 4			100% VWS; 0% gemeenten	75% VWS; 25% gemeenten	50% co-financiering; 50% gemeenten

4. Begroting per STORM regio

In deze paragraaf wordt ingezoomd op de kosten van STORM op regionaal niveau. Deze worden gebaseerd op de begroting waarmee de koploper-regio Zuidoost Brabant (Helmond-Peelland) op dit moment werkt.

Deze begroting gaat uit van de implementatie van STORM in een gebied met:

- 260.000 inwoners
- 15 reguliere VO-scholen
- 9 niet-reguliere VO-scholen (PRO, VSO, vluchteling-onderwijs)
- 2 mbo-scholen

Tabel 1: Schematische weergave van regionale verspreiding van STORM, inclusief financiering.

	1e jaar	2e jaar	3e jaar	4e jaar en verder
	2021	**2022**	**2023**	**2024**
STORM programmaleiders	69.000	69.000	69.000	69.000
Totaal programmaleiding	**69.000**	**69.000**	**69.000**	**69.000**
STORM Algemeen:				
Vergroten kennis en vaardigheden over depressie en suicide bij ketenpartners				
Pitstop				
Trainen tot trainer:	5.000			4.000
Trainen GGD:	2.000	2.000	2.000	2.000
Trainen huisartsen				3.000
Trainen BJG	1.500	1.500	1.500	1.500
Totaal Pitstop	**8.500**	**3.500**	**3.500**	**10.500**
Aanbieden gatekeeperstraining				
Train de trainer:	2.000	2.000	2.000	2.000
Training mentoren:				
2ejaars mentoren VO/PRO/VSO (24 scholen)	9.600	-	-	-
2e en 4ejaars mentoren VO/PRO/VSO (24 scholen)			9.600	9.600

2e en 4ejaars mentoren VO/PRO/VSO (24 scholen,2 groepen)		19.200		
MBO 1ejaars mentoren (2 scholen)				9.600
GGD en scholen betalen uit eigen scholingsuren	-	-	-	-
Uren trainen medewerkers uit scholingsuren eigen instelling				
Totaal Gatekeeperstraining	**11.600**	**21.200**	**11.600**	**21.200**
Universeel aanbod (mental health literacy)				
(VSO en PRO niet meegenomen)				
Leerlingen VO 2ejaars (7,5 klassen, 15 scholen)	22.500	22.500	22.500	22.500
Leerlingen VO 4ejaars (7,5 klassen, 15 scholen)		45.000	45.000	45.000
Leerlingen MBO 1ejaars (50 klassen)				20.000
Materiaal en licentiekosten	25.000	25.000	25.000	25.000
Totaal Universeel aanbod	**47.500**	**92.500**	**92.500**	**112.500**
Screening leerlingen op depressie (door GGD)	**70.000**	**90.000**	**90.000**	**90.000**
Geïndiceerde depressiepreventie Op Volle Kracht				
Inzet per training. (helft gefactureerd door partners)	24.000			
Inzet per training. (helft gefactureerd door partners)		48.000	48.000	48.000
materiaal/boekjes (VO 2 en 4 en MBO 1)	1.500	3.000	3.000	3.000

	1e jaar	2e jaar	3e jaar	4e jaar en verder
	2021	**2022**	**2023**	**2024**
STORM programmaleiders	69.000	69.000	69.000	69.000
Totaal programmaleiding	**69.000**	**69.000**	**69.000**	**69.000**
STORM Algemeen:				
Vergroten kennis en vaardigheden over depressie en suicide bij ketenpartners				
Pitstop				
Trainen tot trainer:	5.000			4.000
Trainen GGD:	2.000	2.000	2.000	2.000
Trainen huisartsen				3.000
Trainen BJG	1.500	1.500	1.500	1.500
Totaal Pitstop	**8.500**	**3.500**	**3.500**	**10.500**
Aanbieden gatekeeperstraining				
Train de trainer:	2.000	2.000	2.000	2.000
Training mentoren:				
2ejaars mentoren VO/PRO/VSO (24 scholen)	9.600	-	-	-
2e en 4ejaars mentoren VO/PRO/VSO (24 scholen)			9.600	9.600

2e en 4ejaars mentoren VO/PRO/VSO (24 scholen,2 groepen)		19.200		
MBO 1ejaars mentoren (2 scholen)				9.600
GGD en scholen betalen uit eigen scholingsuren	-	-	-	-
Uren trainen medewerkers uit scholingsuren eigen instelling				
Totaal Gatekeeperstraining	**11.600**	**21.200**	**11.600**	**21.200**
Universeel aanbod (mental health literacy)				
(VSO en PRO niet meegenomen)				
Leerlingen VO 2ejaars (7,5 klassen, 15 scholen)	22.500	22.500	22.500	22.500
Leerlingen VO 4ejaars (7,5 klassen, 15 scholen)		45.000	45.000	45.000
Leerlingen MBO 1ejaars (50 klassen)				20.000
Materiaal en licentiekosten	25.000	25.000	25.000	25.000
Totaal Universeel aanbod	**47.500**	**92.500**	**92.500**	**112.500**
Screening leerlingen op depressie (door GGD)	**70.000**	**90.000**	**90.000**	**90.000**
Geïndiceerde depressiepreventie Op Volle Kracht				
Inzet per training. (helft gefactureerd door partners)	24.000			
Inzet per training. (helft gefactureerd door partners)		48.000	48.000	48.000
materiaal/boekjes (VO 2 en 4 en MBO 1)	1.500	3.000	3.000	3.000

OVK trainers trainen	3.600	3.600	3.600	3.600
Totaal Geïndiceerde depressiepreventie	**29.100**	**54.600**	**54.600**	**54.600**
Borging programma structuur				
Ieder jaar bij alle ketenpartners/scholen	**74.880**	**74.880**	**74.880**	**74.880**
Uniform boven regionale monitoring	**25.000**	**25.000**	**25.000**	**25.000**
Website				
Bijhouden website	**2.000**	**2.000**	**2.000**	**2.000**
Informatie bijeenkomsten	**20.000**			
Sub totaal	**357.580**	**432.680**	**423.080**	**459.680**
Overhead	**60.000**	**60.000**	**60.000**	**60.000**
Indexatie 3% jaarlijks		**14.780**	**28.985**	**46.771**
Totale kosten	**417.580**	**507.460**	**512.065**	**566.451**

Tabel 3: Start nieuwe regio's (zoals in Tabel 1) gecombineerd met budget per STORM regio (zoals in Tabel 2) uitgewerkt in totaal budget 2021-2025

Kosten per regio:	**2021**	**2022**	**2023**	**2024**	**2025**
Regio 1: Zuid	**417.580**	**507.460**	**512.065**	**566.451**	**566.451**
indexatie 3% pj					16.994
aandeel Gemeente in %	25%	25%	50%	75%	100%
aandeel Gemeente in €	104.395	126.865	256.032	424.838	583.445
aandeel VWS in €	313.185	380.595	256.032	141.613	-
Regio 2: nog te bepalen (start in 2021)	**417.580**	**507.460**	**512.065**	**566.451**	**566.451**
indexatie 3% pj					16.994
aandeel Gemeente in %	0%	25%	50%	75%	100%
aandeel Gemeente in €	-	126.865	256.032	424.838	583.445
aandeel VWS in €	417.580	380.595	256.032	141.613	-
Regio 3: nog te bepalen (start in 2021)	**417.580**	**507.460**	**512.065**	**566.451**	**566.451**
indexatie 3% pj					16.994
aandeel Gemeente in %	0%	25%	50%	75%	100%
aandeel Gemeente in €	-	126.865	256.032	424.838	583.445
aandeel VWS in €	**417.580**	**380.595**	**256.032**	**141.613**	-
Regio 4: nog te bepalen (start in 2022)		417.580	507.460	512.065	566.451
indexatie 3% pj		12.527	30.448	46.086	67.974
aandeel Gemeente in %		0%	25%	50%	75%

aandeel Gemeente in €		-	134.477	279.075	475.819
aandeel VWS in €		430.107	403.431	279.075	158.606
Regio 5: nog te bepalen (start in 2023)			**417.580**	**507.460**	**512.065**
indexatie 3% pj			25.055	45.671	61.448
aandeel Gemeente in %			0%	25%	50%
aandeel Gemeente in €			-	138.283	286.756
aandeel VWS in €			442.635	414.849	286.756
Regio 6, 7 indien mogelijk					
Totale kosten 5 Regio's	**1.252.740**	**1.952.489**	**2.516.737**	**2.810.636**	**2.958.272**
aandeel gemeenten	104.395	380.595	902.574	1.691.873	2.512.910
aandeel VWS/overige financiers vanaf jaar 5	1.148.345	1.571.893	1.614.163	1.118.763	445.363

FAQ's STORM

Is STORM een bewezen effectieve aanpak? Zijn er onderzoeksresultaten gepubliceerd?
De ontwikkeling van STORM begon ongeveer 10 jaar geleden. Vanaf 2015 startte de aanpak in de regio Noordoost Brabant, waar tevens ook het onderzoek naar de effectiviteit van STORM in de praktijk plaatsvond. Verschillende studies zijn afgerond, zoals te lezen in Wijnhoven et al., 2013 en Heesen et al., 2020. Daarnaast lopen studies naar de effectiviteit van nieuwe aanvullingen in het programma (protocol: Gijzen et al, 2018), naar kosteneffectiviteit, en wordt gestart met een onderzoek naar de ontwikkeling van depressie en suïcidaliteit en naar het voorspellen van individuele prognose. Alle wetenschappelijke bevindingen in de afgelopen jaren hebben STORM gevormd zoals het nu is. Wanneer iets niet blijkt te werken of niet haalbaar blijkt gaan we er niet mee door. Wanneer iets effectief blijkt schalen we op.

Waar wordt er op dit moment met STORM gewerkt en hoe staat het met de landelijke implementatie?
STORM loopt nu in 2 grote regio's: Noordoost Brabant (later aangevuld met Land van Cuijk) en Zuidoost Brabant. In Noordoost Brabant en Land van Cuijk wordt STORM sinds schooljaar 2019-2020 gefaseerd (2VO, 4VO en 1MBO) geïmplementeerd, volgend op de onderzoeksfase in alleen Noordoost Brabant sinds 2015. In Zuidoost Brabant werd in 2016-2017 gestart met een pilot, werd in 2017-2018 en 2018-2019 onderzoek gedaan en sindsdien wordt STORM in 2VO geïmplementeerd. In 2018 werd gestart met onderzoek op MBO's in beide regio's. Het onderzoek is afgerond en de MBO's in regio Noordoost Brabant en Land van Cuijk worden meegenomen in de regionale implementatie. Vanaf 2021 starten STORM-team en 113 Zelfmoordpreventie met landelijke implementatie.

Klopt het dat de uitvraag van klachten bij jongeren gebeurt met een specifieke vragenlijst, die wordt toegevoegd aan de algemene screening door jeugdgezondheidszorg/GGD?
Er worden inderdaad twee gevalideerde vragenlijsten toegevoegd aan de reguliere screening van de GGD (te weten: CDI-2 en VOZZ).

Zou dit niet een normaal onderdeel van het werk van de jeugdgezondheidszorg/GGD horen te zijn?
Dit is inmiddels in de STORM regio's ook onderdeel van de screeningswerkzaamheden van de GGD. Maar het blijft niet bij screenen. De richtlijn depressie en richtlijn suïcidepreventie stellen dat wanneer er gescreend wordt op depressie en suïcidaliteit, deze screening opgevolgd moet worden. Zo worden binnen STORM na de screening 10% van de leerlingen naar het programma Op Volle Kracht doorverwezen. Dit vereist contact met de jongeren en ouders: het kost dus tijd. Daarnaast worden álle leerlingen die gesignaleerd worden met een acuut suïcide risico binnen 48 uur gezien door een GGD verpleegkundige en wordt in gesprek met hen en hun ouders bepaald wat voor hen passende zorg is en wordt vervolgens direct doorverwezen naar de GGZ. Hiervan is sprake van 0,5-1% van de leerlingen en ook deze gesprekken kosten extra tijd die niet in de al bestaande werkzaamheden van de GGD vallen.

Hoe zit het met de gatekeeperstrainingen, aan wie worden deze aangeboden, en hoeveel?
Vanuit STORM worden per school 1 of 2 trainers opgeleid die jaarlijks op hun eigen school gatekeepers trainen (met ondersteuning van STORM). Alle mentoren worden opgeleid tot gatekeeper. De gatekeeper-trainers op iedere school zijn een belangrijke contactpersoon voor STORM en zijn noodzakelijk voor het in stand houden van het netwerk.

Kan OCW/kunnen de scholen bijdragen aan de financiering?
Scholen dragen bij aan financiering vanuit hun eigen zorgbudget (zij leveren een trainer voor Op Volle Kracht). Daarnaast dragen de gatekeeper-trainers jaarlijks bij aan het trainen van de gatekeepers.

Wat zijn de grootste kostenposten van STORM?
De screeningsinfrastructuur, aanbieding scholing, draaien van de interventiegroepen (Op Volle Kracht), het universele Mental Health programma, en het borgen van het netwerk (samenwerken met 25 scholen, GGD, GGZ, vijf jeugdhulpverleningsinstellingen, en per gemeente een CJG/BJG/wijkteam), vormen de grootste kostenposten.

Wie dragen bij aan de financiering van STORM?
De kosten voor de implementatie van de screening binnen STORM worden gedeeld over de verschillende partijen. De gemeenten financieren de daadwerkelijke preventie structuur vanuit hun budget voor jeugd. De GGD zorgt voor de integratie van de vragenlijsten in de bestaande screeningsstructuur. De screening brengt daarna geen extra kosten met zich mee, maar de afhandeling van de risico-leerlingen wel. Scholen dragen vanuit hun budget bij aan de trainingen voor mentoren (gatekeepers) en deels aan de geïndiceerde preventie (Op Volle Kracht). Jeugdhulpverleningsinstellingen, CJG, BJG/wijkteams herijken hun aanbod voor deze specifieke doelgroep (in gebruik zijnde niet evidence-based interventies worden niet meer aangeboden) en zij dragen hiermee de helft van de kosten van geïndiceerde preventie. De GGZ-instelling draagt de kosten van vervolgonderzoek en behandeling van jongeren met suïcidaliteit en een deel van de doorontwikkeling van het programma. Het is belangrijk om voor de start van STORM met alle partijen meerjarenafspraken te maken om STORM na implementatie structureel in de begroting op te nemen.

Hoe kunnen nieuwe regio's met STORM starten?
Vanuit de landelijke agenda suïcidepreventie wordt het de komende jaren mogelijk voor andere regio's in het land om STORM te implementeren. Hiervoor is een opstartsubsidie beschikbaar en krijgt de regio begeleiding vanuit een landelijke STORM team. Van tevoren wordt gekeken of de regio geschikt is voor implementatie van STORM en worden schriftelijk meerjarenafspraken gemaakt.

Bijlage 2:
Overzicht stakeholders

Onderstaande organisaties zullen uitgenodigd worden om de Landelijk Agenda 2021-2025 vanaf de start in januari 2021 te ondertekenen. Deze lijst is nooit klaar, de bedoeling is dat vele andere grote en kleinere partijen de komende jaren zullen aanhaken. Suïcidepreventie doe je samen!

Centraal Bureau voor de Statistiek
COC
De Nederlandse GGZ
Divosa
Forensisch Medisch Genootschap
GGD Amsterdam
GGD-GHOR
Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
Instituut Verantwoord Medicijngebruik
Ivonne van de Ven Stichting
Jeugdzorg Nederland
Koninklijke Beroepsorganisatie van Gerechtsdeurwaarders
Landelijke Huisartsen Vereniging
Landelijke Opleidingsraad Psychologische BIG Beroepen
Landelijke Vereniging voor POH-GGZ
MBO Raad
MIND
Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra
Nederlandse Federatie voor Ziekenhuispsychiatrie
Nederlandse Spoorwegen
Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen
Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
Nederlandse Vereniging voor Jeugdpsychiaters
Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
Nederlands Huisartsen Genootschap
Nederlands Instituut van Psychologen
Politie
PO-Raad
ProRail
Raad voor de Journalistiek
Stichting Algemene Ziekenhuizen
Stichting 113 Zelfmoordpreventie
Strong Teens and Resilient Minds
Suicide Research the Netherlands
Toezicht Sociaal Domein
Trimbos Instituut
Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen
Valente
Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
Vereniging Hogescholen
Vereniging Nederlandse Gemeenten
Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
VO-Raad
Werkplaats COMO
Zorgverzekeraars Nederland

Bijlage 3:
Lijst van afkortingen

AKWA	Alliantie Kwaliteit Geestelijke Gezondheidszorg
ALSG	Advanced Life Support Group, opleidingen voor acute geneeskunde
APEx	Acute Psychiatrie Emergencies
ASSIP	Attempted Suicide Short Intervention Program
ABGZJ	Branches Gespecialiseerde Zorg voor Jeugd
BIG	Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
BJG	Basisteam Jeugd en Gezin
CAMS	Collaborative Assessment & Management of Suicidality
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CBT-SP	Cognitive Behavior Therapy for Suicide Prevention
CJG	Centrum voor Jeugd en Gezin
COMO	Cliënten Organisaties Maatschappelijke Opvang
EAAD	European Alliance Against Depression
FTO	Farmacotherapeutisch Overleg
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
GHOR	Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GSA	Gender & Sexuality Alliance
HBO	Hoger Beroeps Onderwijs
IASP	International Association for Suïcide Prevention
IC	Intensive Care
IGJ	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
IenW	Infrastructuur en Waterstaat
IVM	Instituut Verantwoord Medicijngebruik
JenV	Justitie en Veiligheid
KBvG	Koninklijke Beroepsorganisatie van Gerechtsdeurwaarders
KJP	Kinder- en Jeugdpsychiatrie
LA	Landelijke Agenda Suïcidepreventie
LCC+	Landelijk Coördinatiepunt en Contrario +
LHBTI	lesbisch, homoseksueel, biseksueel, transgender, intersekse
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
LNV	Landbouw, Natuur en Voedselkwaliteit
LUMC	Leids Universitair Medisch Centrum
MBO	Middelbaar Beroeps Onderwijs
MPU	Medisch Psychiatrische Unit
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NIP	Nederlands Instituut van Psychologen
NS	Nederlandse Spoorwegen
NVSHA	Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen
OCW	Onderwijs, Cultuur en Wetenschap
PAAZ	Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis
PAO	Post Academisch Onderwijs
PITSTOP	Professionals in Training to STOP suïcide
PO	Primair Onderwijs
POH GGZ	Praktijkondersteuner Huisartsenzorg Geestelijke Gezondheidszorg

SEH	Spoedeisende Eerste Hulp
SES	Sociaal-economische Sector
STORM	Strong Teens & Resilient Minds
SUPRANET	Suïcide Preventie Actie Netwerk
SUPREMECOL	Suïcide Preventie door Monitoring en Collaborative care
SuNa	Suïcidepoging Nazorg
SureNet	Suicide Research the Netherlands
SWOV	Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid
SZW	Sociale Zaken en Werkgelegenheid
TNO	Nederlandse Organisatie voor toegepast-natuurwetenschappelijk Onderzoek
TSD	Toezicht Sociaal Domein
UAD	Uitsluitend Apotheek Drogisterij
UWV	Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen
VO	Voortgezet Onderwijs
VU	Vrije Universiteit
vLOGO	Vereniging Landelijk Overleg Geestelijke Gezondheidszorg Opleidingsinstellingen
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
VNG	Vereniging Nederlandse Gemeenten
WHO	World Health Organisation
Wmo	Wet Maatschappelijke Ondersteuning
WO	Wetenschappelijk Onderwijs
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
ZonMw	Nederlandse Organisatie voor Gezondheidsonderzoek en Zorginnovatie
ZZP	Zelfstandigen Zonder Personeel