

**Postprint version** :  
**Journal website** : [https://www.boompsychologie.nl/product/100-8547\\_Handboek-suïcidaal-gedrag?\\_ga=2.34796577.1659652467.1553607541-367128565.1552908771](https://www.boompsychologie.nl/product/100-8547_Handboek-suïcidaal-gedrag?_ga=2.34796577.1659652467.1553607541-367128565.1552908771)  
**Pubmed link** :  
**DOI** :

This is a Nivel certified Post Print, more info at [nivel.nl](http://nivel.nl)

## 14 Het trainen van ggz-professionals in suïcidepreventievaardigheden

### Derek de Beurs en Saskia Aerts

1. Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag (Nederland)
  1. PITSTOP-programma
  2. Rollenspellen
  3. Onderzoek naar effectiviteit
2. Detectie en behandeling van suïcidaal gedrag. Multidisciplinaire richtlijn voor hulpverleners in de gezondheidszorg (Vlaanderen)
  1. SP-Reflex
3. E-learning
4. Tot besluit Literatuur

Het bespreken van suïcidaliteit is voor zowel professionals als patiënten een moeilijk onderwerp, dat beide partijen soms liever vermijden. De professional is in sommige gevallen bang dat de patiënt op ideeën wordt gebracht, dat hij niet zal kunnen helpen of dat er mogelijk niet genoeg bedden vrij zijn. De patiënt schaamt zich er vaak voor dat hij dood wil of is bang om opgenomen te worden. Suïcidale patiënten hebben vaak negatieve ervaringen met het bespreekbaar maken van suïcidaliteit. Zo worden hun suïcidale gedachten vaak niet ernstig genomen of wordt er paniekerig op gereageerd. Ondanks de moeilijkheid van het onderwerp zijn veel professionals niet getraind in de omgang met suïcidaliteit. Zowel huisartsen als psychiaters ontvangen in hun opleiding slechts een beperkte training in het omgaan met suïcidale patiënten. Toch is suïcidepreventie een taak van iedere hulpverlener en is meermaals aangetoond dat het trainen van hulpverleners in suïcidepreventie de opvang en zorg voor suïcidale personen ten goede komt en bijdraagt aan de preventie van suïcide. Het trainen van artsen, psychologen en verpleegkundigen in suïcidepreventie is een van de effectiefste strategieën om kennis, attitudes, vaardigheden en zelfvertrouwen met betrekking tot het omgaan met suïcidale personen en crisissituaties te verbeteren.

Een eerste stap in het verbeteren van de kennis en vaardigheden van professionals in het omgaan met suïcidale patiënten is het ontwikkelen van een professionele standaard. In Nederland is dit in mei 2012 gerealiseerd met de publicatie van de Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. In België verscheen in maart 2017 de richtlijn Detectie en behandeling van suïcidaal gedrag. Beide richtlijnen zijn bedoeld voor psychiaters, psychologen, verpleegkundig specialisten, huisartsen en (sociaal)psychiatrisch verpleegkundigen en bevatten concrete aanbevelingen voor de diagnostiek en behandeling van suïcidale patiënten. De

aanbevelingen zijn gebaseerd op het best beschikbare wetenschappelijke bewijs, aangevuld met de ervaringen van experts op het gebied van suïcidaal gedrag.

Deze aanbevelingen dienen echter ook in de praktijk gebracht te worden. Dit kan door middel van klassieke face-to-face trainingen, maar meer en meer wordt in de suïcidepreventie ook gebruikgemaakt van onlinemediã, zoals websites, apps en e-learningtools. Door klassieke face-to-face trainingen te combineren met e-learningmethodieken wordt een vorm van blended learning ontwikkeld, die al zeer effectief gebleken is binnen de medische educatie en in de suïcidepreventie. De laatste jaren is men zowel in Nederland als in Vlaanderen aan de slag gegaan met deze principes van blended learning en heeft men op basis van de ontwikkelde richtlijnen voor- mingen voor hulpverleners ontwikkeld die een combinatie zijn van face-to-face training en e-learning. In dit hoofdstuk worden de trainingen beschreven die voor ggz-professio- nals in Nederland (pitstop programma) en Vlaanderen (sp-Reflex) bestaan en in hoofd- stuk 10 al kort aan bod kwamen. Daarnaast brengen we het wetenschappelijke onderzoek rondom het trainen van professionals in suïcidaliteit in kaart.

### [figure 14.1]

#### **Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag**

**(Nederland)** De algemene principes bij de diagnostiek en behandeling zijn contact maken, naasten erbij betrekken, veiligheid en continuïteit van zorg. Om het suïcidale proces systematisch in kaart te brengen gebruikt de Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag een geïntegreerd model voor stress-kwetsbaarheid en entrapment. Suïci- daal gedrag wordt gezien als het eindresultaat van de complexe samenhang tussen biolo- gische, psychologische en sociale factoren.

Suïcidale patiënten hebben het gevoel dat ze geen kant meer opkunnen, dat ze vastzitten en dat suïcidaal gedrag de enige uitweg is. Ze zitten in de val, ze zijn entrapped.

Een van de belangrijkste aanbevelingen uit de richtlijn is het maken van contact met suïcidale patiënten. Dit is van belang om de unieke samenhang van factoren te begrijpen die bij de patiënt hebben geleid tot suïcidaal gedrag. Goed contact houdt in dat de patiënt zich vrij voelt om over suïcide en suïcidale gedachten te praten en dat de professional betrokkenheid en begrip toont. De richtlijn geeft aan dat de case-benadering (Chronological Assessment of Suicide Events) een goede houvast biedt om zowel de suïcidale toestand systematisch te onderzoe- ken als goed contact te maken (zie figuur 14.1). In het case-interview wordt eerst gevraagd naar de actuele gedachten die tot de recente suïcidale gedachten hebben geleid, vervol- gens naar de recente stressoren die deze gedachten mogelijk veroorzaakt hebben. Pas wanneer een goed beeld gevormd is van de actuele situatie en de aanleidingen daarvoor en wanneer de patiënt zich gehoord voelt, wordt de ruimere voorgeschiedenis bevraagd. Als laatste wordt in kaart gebracht hoe de patiënt zijn toekomst ziet en wat er eventueel zou moeten veranderen om positiever naar de toekomst te kunnen kijken.

#### **PITSTOP-programma**

Zoals gezegd, is een professionele standaard een belangrijke eerste stap in het verbeteren van zorg voor patiënten. We weten ook dat de aanbevelingen in richtlijnen niet direct tot verbetering van de zorg leiden. Aanbevelingen moeten worden geïmplementeerd, in de praktijk worden gebracht. Om de richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag te implementeren in de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg (ggz) hebben experts op het gebied van de richtlijn en suïcidepreventie een train-de-trainerprogramma met e-learningondersteuning ontwikkeld: het pitstop-programma (Professionals in Training to stop

suicide). Klinische en/of wetenschappelijke experts (masters) op het gebied van suïcidepreventie trainen senior hulpverleners (trainers) van afdelingen psychiatrie, zodat zij in staat zijn hun team te trainen (de trainees). De training gegeven door masters aan trainers duurt een dag en wordt ondersteund met een e-learningmodule. Tijdens deze trainingsdag worden de algemene principes van de richtlijn en de belangrijkste theoretische modellen uit de richtlijn behandeld. Na de training zijn de trainers in staat hun team te trainen. De training voor trainees is dezelfde als de training die de trainers zelf gevolgd hebben en duurt ook één dag. De training voor trainees wordt eveneens door een e-learningmodule ondersteund (zie de demo op [www.youtube.com/watch?v=LAlDImPIIVk](http://www.youtube.com/watch?v=LAlDImPIIVk)). Deze bevat korte videofragmenten van interactie tussen een patiënt en hulpverlener, waarbij de toepassing van de algemene principes van de richtlijn concreet wordt gemaakt.

### **Rollenspellen**

Om de aanbevelingen toe te passen in de praktijk wordt er gebruikgemaakt van rollenspellen. Alle deelnemers aan de training vormen een tweetal. In elk duo oefent een deelnemer een gesprek met een patiënt (gespeeld door de andere deelnemer). De trainers geven de duo's feedback gebaseerd op de inhoud en aanbevelingen van de richtlijn. Deelnemers worden gevraagd een patiënt te spelen die ze daadwerkelijk in de praktijk zijn tegengekomen. Daardoor is het mogelijk de training binnen verschillende afdelingen psychiatrie te organiseren. De inhoud van de rollenspellen wordt namelijk bepaald door de hulpverlener zelf. Degene die de hulpverlener speelt, voelt hoe het is om niet direct naar een oplossing te gaan, maar eerst de suïcidaliteit van de patiënt goed in kaart te brengen. Vaak zien we dat hulpverleners daar wat onrustig van worden en het gevoel krijgen toch iets te moeten doen. Degenen die de patiënten spelen, ervaren juist dat het heel prettig is als een hulpverlener wat langer stilstaat bij de suïcidale gedachten. Ze hebben het gevoel dat de hulpverlener echt naar hen luisterde. Daarna staan ze ook meer open voor interventies. Het leereffect van de rollenspellen zit hem dus zowel in het oefenen als behandelaar als in het ervaren van de case-benadering als patiënt.

### **Onderzoek naar effectiviteit**

De effectiviteit van dit train-de-trainerprogramma met e-learningondersteuning is op verschillende niveaus onderzocht: de professional, de patiënt en de organisatie.

Vanuit het hele land konden ggz-instellingen afdelingen selecteren die behoefte hadden aan een training in vaardigheden op het gebied van de diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Afdelingen die qua patiëntenpopulatie op elkaar leken (bijvoorbeeld ambulante depressieafdelingen), werden aan elkaar gekoppeld en random verdeeld over de experimentele conditie of de controleconditie. Uiteindelijk zijn 45 afdelingen verspreid over tien instellingen gekoppeld en gerandomiseerd.

### ***Effecten van PITSTOP op professionals***

Drie maanden na het volgen van de training handelen verpleegkundigen significant meer volgens de aanbevelingen van de richtlijn. Alle professionals (psychiaters, psychologen en verpleegkundigen) lieten na drie maanden 10% meer zelfvertrouwen en kennis van suïcidaal gedrag zien. Eerdere studies lieten zien dat 10% het maximale verschil is dat je mag verwachten van het trainen van gespecialiseerde professionals. De e-learningmodule die de trainingsdag van trainees ondersteunde, werd goed ontvangen. De trainees gaven aan dat ze na het volgen van de module meer vertrouwen hadden in de omgang met suïcidale patiënten. Trainees die de e-learningmodule naast de trainingsdag volgden, deden het niet beter op de uitkomstenmaten in vergelijking met deelnemers die alleen de trainingsdag volgden.

### ***Effecten van PITSTOP op patiënten***

Aan het onderzoek naar de effecten van pitstop op patiënten hebben 881 patiënten meegedaan. Daarvan hadden 567 patiënten suïcidale gedachten bij aanvang van het onderzoek. Als we de mate van suïcidale gedachten tijdens de nameting van de totale groep van patiënten die behandeld werden door een getraind team vergeleken met de suïcidale gedachten in de controlegroep, vonden we geen verschil (Beurs e.a., 2016). Alle patiënten, of ze nu behandeld werden door getrainde of door nietgetrainde professionals, lieten gemiddeld eenzelfde vermindering van suïcidale gedachten zien tijdens de nameting. Als we alleen keken naar patiënten met een diagnose depressie in combinatie met suïcidale gedachten, vonden we wel een effect van de interventie. Depressieve suïcidale patiënten die behandeld werden door een team van getrainde professionals, lieten een significant snellere afname van suïcidale gedachten zien in vergelijking met patiënten in de controleconditie. We hebben ook gekeken of patiënten in de interventiegroep minder zorgkosten maakten ten opzichte van de controlegroep. De interventie bleek niet kosteneffectief voor alle suïcidale patiënten. Voor de groep depressieve suïcidale patiënten vonden we dat onze interventie alleen kosteneffectief zou kunnen zijn wanneer de maatschappij bereid is substantieel te investeren in de zorg voor suïcidale patiënten.

### ***Effecten van PITSTOP op organisaties***

Nadat de trainingen waren beëindigd, zijn sleutelfiguren uit zorginstellingen geïnterviewd. Hun werd gevraagd wat hun ervaringen zijn in het gebruik van het trainingsprogramma. Er werd ook gevraagd naar het effect van de interventie op het verspreiden van de richtlijn en op het algemene beleid rondom suïcidaal gedrag binnen hun instelling. Sleutelfiguren in de instellingen rapporteerden dat de trainingen zeer positief werden ontvangen. De effecten van de interventie op het niveau van de organisatie verschilden per instelling. Sommige sleutelfiguren meldden dat er geen verschillen waren opgetreden in het primaire zorgproces rond suïcidale patiënten. Andere steunpilaren rapporteerden wel veranderingen in de dagelijkse praktijk, zoals een betere registratie van suïcidaal gedrag en de stopzetting van het werken met non-suïcidecontracten. Enkele boegbeelden verklaarden dat de professionals alerter zijn op suïcidaal gedrag en dat er meer aandacht is voor suïcidaliteit tijdens transitie momenten. De interventie heeft het taboe rond suïcidaal gedrag verminderd. Hulpverleners hebben mede dankzij de interventie een gemeenschappelijk jargon ontwikkeld om suïcidaal gedrag van patiënten te bespreken.

## **2 Detectie en behandeling van suïcidaal gedrag. Multidisciplinaire richtlijn voor hulpverleners in de gezondheidszorg (Vlaanderen)**

In navolging van de Nederlandse richtlijn werd in 2017 in Vlaanderen eveneens een multidisciplinaire richtlijn voor de detectie en behandeling van suïcidaal gedrag gelanceerd. Oorspronkelijk was het de bedoeling deze richtlijn grotendeels te baseren op de Nederlandse richtlijn en enkel te voorzien in een literatuurupdate en een aanpassing aan de Vlaamse zorgcontext. Uiteindelijk is men echter tot een geheel nieuwe richtlijn gekomen die praktijkgericht is opgevat en enkele bijkomende thema's behandelt, zoals het uitwerken van een suïcidepreventiebeleid binnen de zorginstelling en een leidraad voor de opvang van patiënten die onlangs een suïcidepoging ondernomen hebben. Van de Nederlandse collega's werd vernomen dat de richtlijn in boekvorm niet zo gemakkelijk geïmplementeerd raakte. Daarom is er in Vlaanderen voor gekozen de volledige richtlijn te vertalen naar een e-learningwebsite die gratis toegankelijk is voor iedere hulpverlener via [www.zelfmoord1813.be/sp-reflex](http://www.zelfmoord1813.be/sp-reflex).

De Vlaamse richtlijn kadert binnen het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie en is net als de Nederlandse richtlijn bedoeld als wetenschappelijk gefundeerde leidraad voor het herkennen en behandelen van suïcidaal gedrag. De richtlijn richt zich op hulpverleners binnen de gezondheidszorg in Vlaanderen, meer bepaald artsen, psychologen, therapeuten en verpleegkundigen.

De volgende thema's komen in de Vlaamse richtlijn aan bod.

- **Detectie:** herkennen van signalen van suïcidaal gedrag, zelfmoordgedachten bespreekbaar maken, het acute suïciderisico inschatten, suïcidaliteit verder onderzoeken en aandachtspunten bij doorverwijzing of ontslag.
- **Interventies:** opstellen van een behandelplan, bepalen van de behandelsetting, evidencebased interventies.
- **Na een poging:** aandachtspunten bij de eerste opvang, opvolging en doorverwijzing van suïcidepogers en aandachtspunten bij de begeleiding van jonge suïcidepogers.
- **Na een suïcide:** stappenplan na een suïcide, opvang en ondersteuning van nabestaanden, medepatiënten en betrokken hulpverleners.
- **Suïcidepreventiebeleid:** aandachtspunten bij het opstellen van een suïcidepreventiebeleid op maat van de zorginstelling.
- **Gezondheidszorgwetgeving:** belangrijkste wetten en regelgevingen die van toepassing kunnen zijn bij de begeleiding van suïcidale personen.

De richtlijn werd gefinancierd door de Vlaamse overheid en samengesteld door het Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie (vlesp), in samenwerking met verschillende beroepsgroepen en experts in de suïcidepreventie en de gezondheidszorg.

### **SP-Reflex**

Om de implementatie van de richtlijn in de gezondheidszorg in Vlaanderen te faciliteren werd een e-learningwebsite ontwikkeld: Suïcidepreventie-Reflex of kortweg sp-Reflex ([www.zelfmoord1813.be/sp-reflex](http://www.zelfmoord1813.be/sp-reflex)). Het voordeel van een online platform is dat het overal en altijd toegankelijk is en dat hulpverleners het op eigen tempo kunnen doorlopen. Bovendien is de toegang tot deze e-learningwebsite gratis en is er geen registratie nodig, wat de drempel tot deelname nog verlaagt. De e-learningwebsite vormt een aanvulling op de face-to-face trainingen voor hulpverleners die georganiseerd worden door de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg. Bovendien kunnen elementen uit de e-learning ook geïntegreerd worden in de bestaande face-to-face trainingen, wat blended learning mogelijk maakt, een methodiek die effectief bleek te zijn in medische educatie rond andere thema's.

Met behulp van de e-learningwebsite sp-Reflex worden de aanbevelingen van de richtlijn op een toegankelijke manier bij de hulpverleners gebracht. De website bestaat enerzijds uit een luik met theorie en basisprincipes die de uitgangspunten van de richtlijn kaderen en inzicht geven in het ontstaan van suïcidaal gedrag, en anderzijds uit een interactief gedeelte waarbij hulpverleners op eigen tempo de aanbevelingen uit de richtlijn leren kennen en toepassen. Het interactieve gedeelte van de website bestaat uit vier modules die inzoomen op de vier belangrijkste thema's uit de richtlijn: Detectie, Interventies, Na een poging en Na een suïcide. Elke module bestaat uit een e-learning een casus- of praktijkoefening. Met behulp van de e-learning kunnen hulpverleners op hun eigen tempo en op een interactieve manier de informatie en aanbevelingen rond dat thema doorlopen. Daarna volgt een casus of oefening waarbij ze deze kennis leren toepassen in de praktijk. Deze oefening ziet er voor elke module een beetje anders uit.

- In de module Detectie neemt de oefening de vorm aan van een gesprek tussen een patiënt en hulpverlener. De focus ligt hier op het bespreekbaar maken van de suïcidale gedachten en het inschatten van het acute suïciderisico. Tijdens het gesprek worden regelmatig vragen gesteld aan de deelnemer over de volgende te bevragen topics of te nemen stappen. Op elk antwoord wordt feedback gegeven en dan gaat het gesprek verder.

- De praktijkoefening van de module Interventies bestaat uit vier casussen van patiënten met ieder een andere diagnose en behandelgeschiedenis. Voor iedere patiënt dient de deelnemer te bepalen welke interventie de geschikteste is en krijgt hij feedback op zijn keuzes.
- De module Na een poging bevat drie casussen, waarbij de eerste inzoomt op een eerste gesprek na een suïcidepoging, de tweede op de verdere opvolging van de patiënt en de derde op ontslag en doorverwijzing. Ook hier dient de deelnemer te bepalen welke tussenkomsten van de hulpverlener de meest gepaste zijn en krijgt hij feedback op de gekozen antwoorden.
- Tijdens de oefening bij de module Na een suïcide doorloopt de deelnemer het stappenplan na een suïcide van een patiënt en leert hij op basis van vragen welke stappen hij als hulpverlener dient te ondernemen.

## E-learning

Zowel de e-learningwebsite sp-Reflex die hoort bij de Vlaamse richtlijn als de e-learningmodule die ontwikkeld werd binnen de pitstop-studie werden goed ontvangen.

De e-learningmodules van sp-reflex werden in de eerste zes maanden na de lancering door meer dan 6000 hulpverleners gevolgd en uit een evaluatiestudie bij de deelnemers bleek dat 60,5% zich na het volgen bekwaamer voelde in het omgaan met suïcidale personen en dat 61,7% zich comfortabeler voelde om een gesprek over zelfmoord aan te gaan.

In Nederland is de e-learningmodule Suïcidepreventie, die beheerd wordt door de ggz Ecademy, een van de meest bekeken modules binnen de ggz. Bovendien hebben de Nederlandse Spoorwegen in navolging van pitstop samen met ProRail een e-learning ontwikkeld om spoorpersoneel te trainen in het herkennen, aanspreken en in veiligheid brengen van mogelijk suïcidale personen (afgekort tot het hai-model). Bij online-interventies zoals een e-learning is het van belang dat de module frequent geüpdatet wordt. Samen met de ggz Ecademy werken de pitstop-onderzoekers elk jaar aan een nieuwe versie, waarin de nieuwste inzichten worden verwerkt.

Ook in Vlaanderen worden regelmatig technische en functionele updates uitgevoerd aan sp-reflex en is een eerste inhoudelijke uitbreiding gericht naar hulpverleners in de ouderenzorg gepland voor het voorjaar van 2019. In 2022 plant vlesp een volledige update van de richtlijn en de e-learningwebsite op basis van de meest recente wetenschappelijke inzichten. Het is aannemelijk dat de effecten van alléén e-learning kleiner zijn in vergelijking met de effecten van face-to-face training plus e-learning. Daarom pleiten zowel de Vlaamse als de Nederlandse ontwikkelaars ervoor beide methodieken in combinatie aan te bieden, zodat een vorm van blended learning ontstaat.

Gerandomiseerd onderzoek moet aantonen hoeveel kleiner de effecten van alléén e-learning dan zijn. Instellingen dienen dan te beslissen of de voordelen van e-learning opwegen tegen het verlies in effect.

## Tot besluit

Uit het grote succes en de positieve resultaten van het evaluatieonderzoek van sp-Reflex en na het pitstop-onderzoek kan geconcludeerd worden dat zowel het aanbieden van een op zichzelf staande e-learning website als de combinatie van face-to-face training met e-learningondersteuning effectieve manieren zijn om de aanbevelingen van een richtlijn te implementeren in de praktijk. Vooral de concrete handvatten om de aanbevelingen van de richtlijn toe te passen in de praktijk werden gewaardeerd, waardoor er in Vlaanderen voor gekozen werd om vooral hierop te investeren en zowel de richtlijn als de e-learning-website zo praktijkgericht mogelijk op te stellen.

De instellingen die betrokken waren bij het pitstop-onderzoek, gaven aan dat de interventie zeer welkom is om de richtlijn te implementeren, maar dat er wel nog meer nodig is om de aanbevelingen van de richtlijn volledig te integreren in de dagelijkse zorg voor patienten. Zo is er behoefte aan advies over de structurele registratie van suïcidale gedachten en blijkt het lastig om met 'ketenpartners' (huisartsen, ziekenhuizen) goede afspraken te maken over de continuïteit van zorg. Om hier gedeeltelijk aan tegemoet te komen werd in Nederland een richtlijn voor ketenzorg ontwikkeld en werd ook in Vlaanderen werk gemaakt van een leidraad voor zorgcontinuïteit die regionaal geïmplementeerd zal worden.

Een belangrijke vraag is wat er gebeurt nadat een effectiviteitsstudie naar een nieuwe methodiek is afgerond. Zoals bij veel implementatiestudies werden ook bij de pitstop-studie vooral effecten gevonden op de korte termijn, maar is er nog weinig bekend over de effecten op de lange termijn. Zowel de Nederlandse als de Vlaamse richtlijn beveelt aan om professionals regelmatig in vaardigheden ten aanzien van suïcidepreventie te trainen. Naar aanleiding van de pitstop-studie werden sleutelfiguren van instellingen die mee hadden gedaan aan de studie bevraagd over de verdere verspreiding van de richtlijn. De meeste instellingen hadden de ambitie om na de pitstop-studie nog meer teams te trainen met hun eigen trainers. Sommige afdelingen kregen echter niet de steun van de raad van bestuur om de training verder uit te rollen. Andere afdelingen moesten externe trainers inhuren omdat de getrainde collega's het te druk hadden om zelf collega's te trainen. De belangrijkste belemmeringen voor het trainen van volledige teams zijn het productieverlies en de logistieke problemen bij het vinden van personeel om het team dat getraind wordt te vervangen. Voor de implementatie van de Vlaamse richtlijn werd er op basis van deze bevindingen voor gekozen om niet te werken met een train-de-trainermodel, maar om de trainingen te laten geven door de suïcidepreventiewerkers van de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg. Daarnaast wordt de e-learning in Vlaanderen ook als op zichzelf staande methodiek aangeboden en hebben reeds verschillende zorginstellingen de e-learning geïntegreerd in het opleidingspakket voor hun medewerkers. Ondanks alle belemmeringen zijn aan het einde van 2016 meer dan 10.000 professionals opgeleid volgens de pitstop-methode. In Vlaanderen volgden in de eerste zes maanden na de lancering reeds meer dan 6000 hulpverleners de e-learning. Na de studie werd de coördinatie van de pitstop-training verzorgd door 113 Zelfmoordpreventie, het expertisecentrum voor suïcidepreventie in Nederland. In Vlaanderen zullen de richtlijn en de e-learningwebsite verder uitgewerkt en geüpdated worden door het Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie en werden de aanbevelingen uit de richtlijn en de e-learningmodules van sp-Reflex geïntegreerd in de bestaande trainingen van de Suïcidepreventiewerking van de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg.

## Literatuur

2. Aerts, S., Dumon, E., Heeringen, K. van, & Portzky, G. (2017). Detectie en behandeling van suïcidaal gedrag. Multidisciplinaire richtlijn voor hulpverleners in de gezondheidszorg. Brussel: Politeia. Zie ook <http://sp-reflex.zelfmoord1813.be/pdf/richtlijn.pdf>.
3. Arria, A.M., Winick, E.R., Garnier-Dykstra, L.M., Vincent, K.B., Caldeira, K.M., Wilcox, H.C., e.a. (2011). Help seeking and mental health service utilization among college students with a history of suicide ideation. *Psychiatric Services*, 62(12), 1510-1513.
5. Bedics, J.D., Atkins, D.C., Harned, M.S., & Linehan, M.M. (2015). The therapeutic alliance as a predictor of outcome in dialectical behavior therapy versus nonbehavioral psychotherapy by experts for borderline personality disorder. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 52(1), 67-77.
6. Beurs, D.P. de, Bosmans, J.E., Groot, M.H., Keijser, J., Duijn, E., Winter, R.F., e.a. (2015a). Training mental health professionals in suicide practice guideline adherence: cost-effectiveness analysis alongside a randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*,

186,203-210.

7. Beurs, D.P. de, Groot, M.H. de, Bosmans, J.E., Keijser, J. de, Mokkenstorm, J., Verwey, B., e.a. (2013a). Reducing patients' suicide ideation through training mental health teams in the application of the Dutch multidisciplinary practice guideline on assessment and treatment of suicidal behavior: study protocol of a randomized controlled trial. *Trials*, 14(1),372.
8. Beurs, D.P. de, Groot, M.H. de, Keijser, J. de, Duijn, E. van, Winter, R.F.P. de, & Kerkhof, A.J.F.M. (2016). Evaluation of benefit to patients of training mental health professionals in suicide guidelines: cluster randomised trial. *British Journal of Psychiatry*, 208(5),477-483.
9. Beurs, D.P. de, Groot, M.H. de, Keijser, J. de, Mokkenstorm, J., Duijn, E. van, Winter, R.F.P. de, e.a. (2015b). The effect of an e-learning supported Train-the-Trainer programme on implementation of suicide guidelines in mental health care. *Journal of Affective Disorders*, 175, 446-453.
10. Beurs, D.P. de, Groot, M.H. de, Keijser, J. de, Verwey, B., Mokkenstorm, J., Twisk, B., e.a. (2013b). Improving the application of a practice guideline for the assessment and treatment of suicidal behavior by training the full staff of psychiatric departments via an e-learning supported Train-the-Trainer program: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 14(1), 9.
11. Bool, M., Blekman, J., Jong, S. de, Ruiten, M., & Voordouw, I. (2007). Verminderen van suïcidaliteit. Actualisering van het Advies inzake Suïcide Gezondheidsraad 1986. Utrecht: Trimbo-instituut.
12. Dazzi, T., Gribble, R., Wessely, S., & Fear, N.T. (2014). Does asking about suicide and related behaviours induce suicidal ideation? What is the evidence? *Psychological Medicine*, 44(16), 3361-3363.
13. Feltz-Cornelis, C.M. van der, Sarchiapone, M., Postuvan, V., Volker, D., Roskar, S., Grum, A.T., e.a. (2011). Best practice elements of multilevel suicide prevention strategies: a review of systematic reviews. *Crisis*, 32(6), 319-333.
14. Goldney, D.R. (2008). *Suicide prevention*. Oxford: Oxford University Press.
15. Grol, R., & Wensing, M. (2004). What drives change? Barriers to and incentives for achieving evidence-based practice. *Medical Journal of Australia*, 180(6 suppl.), S57-S60.
16. Groot, M. de, Beurs, D.P. de, Keijser, J. de, & Kerkhof, A.F.J.M. (2015). An e-learning supported Train-the-Trainer program to implement a suicide practice guideline. Rationale, content and dissemination in Dutch mental health care. *Internet Interventions*, 2(3), 323-329.
17. Hemert, A.M. van, Kerkhof, A.J.F.M., Keijser, J. de, Verwey, B., Boven, C. van, Hummelen, J.W., e.a. (2012). *Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag*. Utrecht: De Tijdstroom.
18. Hermens, M.L.M., Wetten, H.C.T.M. van, & Sinnema, H. (2010). *Kwaliteitsdocument Ketenzorg bij suïcidaliteit*. Utrecht: Trimbo-instituut. Zie <https://assets.trimbo.nl/docs/50e2705a-07bf-465f-89f6-91a8078f3a29.pdf>.
19. Means, B., Toyama, Y., Murphy, R., Bakia, M., & Jones, K. (2009). *Evaluation of evidence-based practices in online learning: a meta-analysis and review of online learning studies*. Washington, DC: U.S. Department of Education.
20. Michelmore, L., & Hindley, P. (2012). Help-seeking for suicidal thoughts and self-harm in young people: a systematic review. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 42(5), 507-524.
21. Mishara, B., & Kerkhof, A. (2013). *Suicide prevention and new technologies: evidence based practice*. New York: Palgrave Macmillan.
22. Oordt, M.S., Jobes, D.A., Fonseca, V.P., & Schmidt, S.M. (2009). Training mental health professionals to assess and manage suicidal behavior: can provider confidence and



- practice behaviors be altered? *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 39(1), 21-32.
23. Petrik, M.L., Gutierrez, P.M., Berlin, J.S., & Saunders, S.M. (2015). Barriers and facilitators of suicide risk assessment in emergency departments: a qualitative study of provider perspectives. *General Hospital Psychiatry*,
  24. Reynders, A., Kerkhof, A.J.F.M., Molenberghs, G., & Audenhove, C. Van (2015). Help-seeking, stigma and attitudes of people with and without a suicidal past. A comparison between a low and a high suicide rate country. *Journal of Affective Disorders*, 178, 5-11.
  25. Shea, S.C. (1998). The chronological assessment of suicide events: a practical interviewing strategy for the elicitation of suicidal ideation. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(suppl. 20), 58-72.
  26. Williams, J.M.G. (1997). *Cry of pain*. Harmondsworth: Penguin.

## Websites

### **Nederland:**

Meer informatie over trainingen voor ggz-medewerkers in Nederland kunt u vinden via [www.113.nl/professionals-en-organisaties/suicidepreventietraining-pitstop](http://www.113.nl/professionals-en-organisaties/suicidepreventietraining-pitstop).

Beurs, D. de, Aerts, S. Het trainen van ggz-professionals in suïcidepreventievaardigheden. In: C. van Heeringen; G. Portzky; D.P. de Beurs; A.J.F.M. Kerkhof. Handboek suïcidaal gedrag. 2019, Amsterdam: De Tijdstroom/Boom Amsterdam. 207-217

Meer informatie over de e-learningmodule kunt u vinden via [ggzacademy.nl](http://ggzacademy.nl) en [www.youtube.com/watch?v=LALdImPIIVk](https://www.youtube.com/watch?v=LALdImPIIVk).

Meer informatie over de studie en de resultaten kunt u vinden via [pitstopsuicide.nl](http://pitstopsuicide.nl).

### **België:**

De Vlaamse richtlijn en e-learningwebsite zijn gratis toegankelijk via [www.zelfmoord1813.be/sp-reflex](http://www.zelfmoord1813.be/sp-reflex). Voor het vormingsaanbod voor hulpverleners kan men terecht op [www.zelfmoord1813.be/vormingen](http://www.zelfmoord1813.be/vormingen). Meer informatie over de ontwikkeling van de richtlijn en e-learningwebsite is te verkrijgen bij het Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie ([info@vlesp.be](mailto:info@vlesp.be)).

**Figuur 14.1 CASE-benadering**

