

Regionale multi-levelsysteeminterventies bij suïcidepreventie: toevoeging aan de herziene richtlijn Suïcidaliteit

C.M. van der Feltz-Cornelis, Ch. van Nieuwenhuizen

De nieuwe richtlijn Suïcidaliteit noemt in de inleiding regionale multi-levelinterventies de effectiefste manier om suïdecijfers omlaag te brengen.¹ In het hoofdstuk over preventiemaatregelen in de samenleving ontbreekt echter een recente review uit 2020 – waarbij dergelijke interventies expliciet aan bod komen – alsook recent Nederlands onderzoek op dat gebied.^{2,3} Er wordt gerefereerd aan de verouderde NICE-richtlijn uit 2018. Hiermee wordt onder andere het werk van de Europese Alliance Against Depression (EAAD) rond regionale multi-levelinterventies gemist, evenals Nederlands onderzoek naar regionale multi-levelsysteeminterventies.^{4,5} Hoe deze interventies kunnen worden toegepast in de Nederlandse situatie komt daardoor onvoldoende uit de verf in de aanbevelingen, terwijl dit soort interventies op regionaal niveau juist een belangrijke positieve impact hebben op aantallen suïcides.

Belang en evidentie van regionale multi-levelinterventies

Multi-levelinterventies worden in meerdere gezondheidszorg- en algemene populatiesettings geleverd door meerdere hulpverleners in een gezamenlijke inspanning om suïcides te voorkómen. Multi-levelinterventies (effectgrootte: -0,8) zijn effectiever dan enkelvoudige interventies (effectgrootte: -0,3) in het voorkómen van suïcides en pogingen daartoe en worden als *best practice* beschouwd.^{2,6} Derhalve adviseren wij om de volgende concrete aanbevelingen alsnog op te nemen in de nieuwe richtlijn.

Vroegherkenning van suïcidaliteit in de maatschappij cruciaal

Suïcides en pogingen daartoe spelen zich meestal af in de samenleving. Zoals in de richtlijn wordt opgemerkt, is 60% van mensen die sterven door suïcide niet in zorg. Het is derhalve van het grootste belang om deze mensen snel te herkennen en toegang te geven tot zorg, met name specialistische zorg.⁵ Dit is wat gebeurt in regionale multi-levelsysteeminterventies. Deze omvatten een vorm van training van *community facilitators* en van huisartsen die met suïcidaliteit te maken krijgen in een bepaalde regio; dit wordt gecombineerd met behandeling van mensen met hoog risico en een regionale publiciteitscampagne.

Uit eerder onderzoek blijkt dat deze werkwijze, ontwikkeld door de EAAD in de regio Neurenberg (Duitsland), leidde tot een afname van 24% van suïcidaal gedrag.⁷ In vervolgonderzoek is de focus gelegd op het engageren van de eerste lijn, hetgeen in recente systematische reviews effectief gebleken is.⁸⁻¹⁰ Een Europese uitrol door de EAAD liet echter het belang zien om niet alleen de eerste lijn, maar ook specialistische psychiatrische zorg direct toegankelijk te maken voor het verlenen van zorg aan mensen met een hoog risico voor suïcidaal gedrag. Dit is nodig om de synergie te bereiken die een dergelijke regionale multi-levelsysteeminterventie in potentie heeft.^{11,2}

SUPREMOCOL: een Nederlandse regionale multi-levelsysteeminterventie

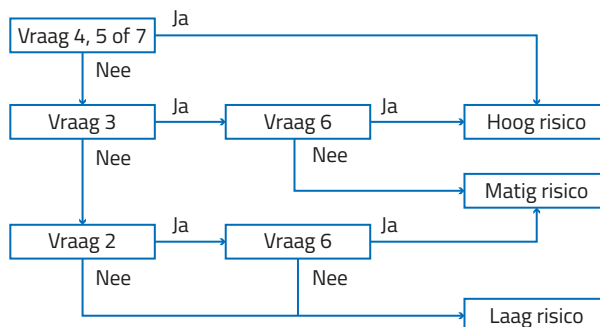
In Nederland hebben wij van 2016 tot 2021 daarom een door ZonMw gefinancierde regionale multi-levelsysteeminterventie voor suïcidepreventie ontwikkeld, uitgerold en geëvalueerd: het SUPREMOCOL-project (SUicide PREvention by Monitoring and COLlaborative care).^{3,5}

De term systeeminterventie komt uit de sociale, management- en implementatiewetenschappen. Een systeeminterventie beoogt het creëren en duurzaam faciliteren van een omgeving en randvoorwaarden ter ondersteuning van een nieuwe werkmethode.¹² Door dit systemische karakter en de nadruk op verbinden en in samenhang doen opereren van gemeenschap en organisaties gaat ze verder dan een multi-levelinterventie. Doel van deze systeeminterventie was om een snelle verbinding te maken tussen gemeenschap, GGD's, ziekenhuisafdelingen voor spoedeisende hulp (SEH's) en specialistische zorg. Aanleiding daartoe was dat, bij acute suïcidaliteit, zowel huisartsen als de maatschappelijke partners expertise misten om deze aan te pakken en behoefte hadden aan snelle toegang tot specialistische ggz. Een dergelijke systeeminterventie is voor het eerst met succes toegepast voor preventie van overlijden van verkeersslachtoffers in de VS.¹³

SUPREMOCOL is de eerste studie waarin een op deze Amerikaanse studie geïnspireerde regionale multi-levelsysteeminterventie toegespitst op suïcidepreventie werd ontwikkeld en het effect van implementatie daarvan op suïcides werd onderzocht. Ze werd uitgevoerd door de crisisdiensten van de vijf grote specialistische

Figuur 1. Algoritme om suïciderisico vast te stellen bij mensen die een suïcidepoging deden of overwogen

Tijdspanne	Vraag
Afgelopen maand	1 Heeft u gedacht dat het beter zou zijn als u dood was of wenste u dat u dood was?
	2 Wilde u zichzelf iets aandoen?
	3 Dacht u aan zelfdoding?
	4 Maakte u plannen om zelfmoord te plegen?
	5 Heeft u een zelfmoordpoging gedaan?
Gedurende uw hele leven	6 Heeft u gedacht dat het beter zou zijn als u dood was of wenste u dat u dood was?
Observatie	7 Is het gedrag van de persoon acuut gevaarlijk?



Mensen met matig/hog risico wordt snelle toegang tot gespecialiseerde zorg aangeboden

Mensen met laag risico wordt een afspraak met hun huisarts aangeboden

Tabel 1. Aanvullende aanbevelingen hoofdstuk 4 richtlijn, algemene preventiemaatregelen in de samenleving

Onderdeel	Aanbeveling	Gebruikers	Literatuur	Soort studie	Bewijskracht (GRADE)
Triage ter plekke	Investeer in een digitaal beslissingsondersteunend systeem met 6 vragen, 1 observatie en een algoritme dat het risiconiveau aangeeft en vervolgstap adviseert	NS-personeel, SEH-verpleegkundigen, artsen algemeen ziekenhuis	Huijbregts e.a. ¹⁵ Van der Feltz-Cornelis e.a. ³	RCT Gecontroleerde studie	++ ++
Toegang tot geestelijke gezondheidszorg	Investeer in een digitaal monitorsysteem ten behoeve van rechtstreeks contact met ggz-crisisdienst en huisarts	SEH-personeel, ggz-crisisdienstverpleegkundige, -psychiater, huisarts	Huijbregts e.a. ¹⁵ Van der Feltz-Cornelis e.a. ^{3,5}	RCT Gecontroleerde studie	++ ++
Continuïteit van zorg	Pas een <i>collaborative care</i> model toe waarin een ggz-verpleegkundige contact houdt met een patiënt en behandelaars na aanmelding in het monitoringssysteem en bewaakt dat deze passende zorg krijgt en dat transitie naar en in de zorg zonder wachttijd en soepel verlopen. Ondersteun dit met het digitaal monitoringssysteem.	1 vaste ggz-verpleegkundige als caremanager gedurende het hele traject, huisarts, ggz-behandelaars (psychologen, psychiaters, andere verpleegkundigen)	Van der Feltz-Cornelis e.a. ^{3,5} Grigoroglou e.a. ¹⁰	Gecontroleerde studie IPD	++ +++
12 maanden follow up	Neem gedurende 12 maanden na ontslag uit behandeling regelmatig contact op met de patiënt om te evalueren of suïcidaliteit blijvend in remissie is. Organiseer indien nodig opnieuw passende zorg.	1 vaste ggz-verpleegkundige als caremanager	Van der Feltz-Cornelis e.a. ³ Cebrià e.a. ¹⁴	Gecontroleerde studie Gecontroleerde studie	++ ++

GRADE: +: positief effect met lage of zeer lage bewijskracht; ++: positief effect met redelijke bewijskracht; +++: positief effect met hoge bewijskracht.

RCT: gerandomiseerde gecontroleerde trial; IPD: individuele participantdata-analyse.

ggz-instellingen in Noord-Brabant in samenwerking met GGD's, SEH's, spoorwegen, ambulancediensten en huisartsen. Deze multi-levelsysteeminterventie bestond uit vier pijlers:

1. snelle herkenning van mensen met suïciderisico door triage ter plekke of op de SEH bij een (dreigende) suïcidepoging;
2. snelle toegang tot specialistische psychiatrische zorg voor degenen met suïciderisico via de ggz-crisisdiensten, die hiertoe binnen 24 uur actief contact opnemen met de persoon;
3. accommodatie van transities in de ontvangen zorg door verpleegkundigen volgens een *collaborative care*-benadering gericht op continuïteit van zorg;
4. terugvalpreventie via telefonische follow-up gedurende twaalf maanden.¹⁴

Ter ondersteuning van de triage door niet-BIG-geregistreerde hulpverleners en SEH-personeel – en de mogelijkheid tot asynchrone, maar rechtstreekse, veilig afgeschermd communicatie tussen de partijen – werd een monitoringssysteem ontwikkeld op basis van bevindingen uit het landelijke Depressie Initiatief en in co-design met gebruikers en patiëntvertegenwoordigers.^{3,5,15} Het geeft, gebaseerd op het algoritme in **figuur 1**, het risiconiveau op suïcide aan en adviseert een vervolgstap aan de SEH- of spoorweghulpverlener en de ggz-crisisdienst op geleide van dit risico. Alle partijen werkten na implementatie met dit systeem.

Resultaten SUPREMOCOL in Noord-Brabant

Na implementatie van deze werkwijze vanaf 2017 daalde het aantal suïcides in 2020 significant met 17% ten opzichte van het jaar ervoor en de rest van Nederland. Daar bleef het aantal suïcides min of meer stabiel. In 2021 daalde het aantal in Noord-Brabant verder tot 21,5%.⁵ In dezelfde periode, van 2017 tot 2021, daalde het aantal suïcides in de rest van Nederland niet significant.

Het belang van de studie werd onderkend en SUPREMOCOL leverde ook op uitnodiging een bijdrage aan de landelijke agenda suïcidepreventie.^{16,17} In **tabel 1** geven we aanbevelingen gebaseerd op deze en eerdergenoemde studies. Deze aanbevelingen verdienen volgens ons een plaats in de richtlijn. Ze richten zich op een groot maatschappelijk probleem betreffende herkenning en toegankelijkheid van specialistische ggz voor mensen met ernstige psychiatrische problematiek, waar acute suïcidaliteit toe gerekend kan worden.

Suggesties voor de herziene richtlijn

Suïcide is geen op zichzelf staand fenomeen en suïcidepreventie vergt daarom een maatschappelijk gedragen inspanning. Er zijn veel psychiaters en instellingen zoals de openbare geestelijke gezondheidszorg (oggz) die zich hiervoor inzetten, in samenwerking met maatschappelijke partners en collega's in de eerste lijn, dus daar is wel degelijk draagvlak voor. Deze richtlijn blijft in onze ogen echter te veel aan de zijlijn staan. Wat nodig is, zijn concrete aanbevelingen (zie **tabel 1**) om proactief en structureel de maatschappelijke partners, algemene ziekenhuizen en eerste lijn op te zoeken voor suïcidepreventie. Deze aanpak is in Nederland en daarbuiten bewezen haalbaar en effectief en daarom zeer gewenst. Door het ontbreken van deze aanpak in de huidige richtlijn worden psychiaters en andere ggz-medewerkers nu niet geïnformeerd over de effectiefste aanpak van suïcidepreventie tot nu toe. Dit wringt des te meer daar de focus voor zorgverzekeraars ligt op het vergoeden van in de richtlijn aanbevolen vermelde zorg. Uiteindelijk gaat het ons allemaal om het dienen van de belangen van suïcidale patiënten en naastbetrokkenen. Wij nodigen de richtlijncommissie en de Federatie Medisch Specialisten daarom uit om een amendement op te nemen in de huidige richtlijn waarin deze recente evidentie en aanbevelingen zijn opgenomen.

De literatuurverwijzingen zijn online te raadplegen.

AUTEURS

Christina van der Feltz-Cornelis, psychiater/psychotherapeut, epidemioloog, emerita professor Psychiatry and Epidemiology, Department of Health Sciences, University of York, York, en honorary professor, Institute of Health Informatics, University College London, Londen.

Chijs van Nieuwenhuizen, klinisch psycholoog/psychotherapeut; bijzonder hoogleraar Transformeren voor de Jeugd, Tilburg University/GGzE en hoofd Academische ontwikkeling, Onderzoek en Innovatie, OCRN/Forte GGZ.

Correspondentie

Em. prof. dr. Christina van der Feltz-Cornelis (christina.vanderfeltz-cornelis@york.ac.uk).

Geen strijdige belangen gemeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 16-1-2026.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2026;68(04):163-165