VLESP | Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie

vigez

Geestelijke gezondheidsbevordering en suïcidepreventie bij ouderen door bevorderen van sociale aansluiting

Inventaris van interventies, methodieken en bestaande initiatieven in Vlaanderen

Saskia Aerts (VLESP)

Ine Rotsaert (VLESP)

Kirsten Pauwels (VLESP)

Gwendolyn Portzky (VLESP)

Winnie De Roover (VIGeZ)

Kim Van Den Berge (VIGeZ)

Laatste update: 20 december 2017

zelfmoord1813.be voor info en hulp 1813 zelfmoord

VLAAMS ACTIEPLAN SUICIDEPREVENTIE 2012-2020

Vlaanderen is zorg

VLESP | Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie

vigez

zelfmoord1813.be voor info en hulp

1813 zelfmoord

VLAAMS ACTIEPLAN SUICIDEPREVENTIE 2012-2020

Vlaanderen is zorg

Inhoud

INLEIDING 4
ACHTERGROND 4
Omschrijving in het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie 4
Actie: Netwerkgroepen voor ouderen 4
Ouderen en suïcide 5
Ouderen en sociale netwerken 5
Risicofactoren 6
Impact van sociale netwerken op suïcidaliteit 6
Effectieve interventies 6
Bevorderen van geestelijke gezondheid bij ouderen 7
Preventie van suïcide bij ouderen 7
INITIATIEVEN IN VLAANDEREN 9
Buurtgerichte Zorg 9
Acties en methodieken voor ouderen 10
Informeren 10
Geestelijke gezondheid bevorderen 10
Sociaal contact bevorderen 10
Ouderenorganisaties 13
Hulpmiddelen voor intermediairs 13
ONDERZOCHTE METHODIEKEN 14
Netwerkgroepen 14
Zorgnetwerken 14
Persoonlijke toekomstplanning 15
Haalbaarheid 15
Effectiviteit 16
Suïcidespecifiek 16
Bereik van de strategie 16
Duurzaamheid 17
Samenwerking 17
Implementatiemogelijkheden 17
CONCLUSIE 17
REFERENTIES 17

INLEIDING

Deze inventaris werd opgesteld door het Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie (VLESP) en het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie (VIGeZ) ter voorbereiding van een projectvoorstel rond het bevorderen van de sociale aansluiting van ouderen, een actie die opgenomen werd in het tweede Vlaams Actieplan Suïcidepreventie.

In het eerste deel van deze inventaris wordt kort ingegaan op de problematiek waarop dit projectvoorstel zich richt, namelijk het suïciderisico van ouderen en de link met sociale isolatie, en wordt er een overzicht gegeven van beloftevolle interventies ter preventie van zelfdoding en/of ter bevordering van de geestelijke gezondheid van ouderen in binnen- en buitenland. Vervolgens wordt er een oplijsting gemaakt van initiatieven in Vlaanderen die de sociale aansluiting van ouderen trachten te bevorderen. Ten slotte wordt er ingezoemd op enkele methodieken die mogelijks een rol kunnen spelen bij de ontwikkeling van een nieuwe actie naar deze doelgroep.

ACHTERGROND

Omschrijving in het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie

Suïcide en suïcidepogingen kunnen het gevolg zijn van invloeden uit de sociale omgeving. Zowel het persoonlijke netwerk (microniveau) als de kwaliteit van de samenleving (macroniveau) dragen daaraan bij. Onderzoek heeft aangetoond dat suïcide samenhangt met:

- het **sociale netwerk** van een individu. Het krijgen en geven van steun via informele netwerken, zoals vrienden en familie, werkt drempelverhogend; relationele problemen vormen een risico (Portzky et al., 2009; Reynders, Van Heeringen, De Maeseneer, & Van Audenhove, 2009);
- het **sociaal kapitaal** in de lokale gemeenschap. Recent onderzoek heeft de relatie bevestigd tussen suïcide en een gebrekkige sociale integratie (Hooghe & Vanhoutte, 2011; Reynders et al., 2009). Sociaal kapitaal en sociale integratie zijn gedefinieerd als een collectief gebeuren: het gaat hier om vrijwillige gemeenschapsnetwerken en relaties die opgebouwd zijn op vertrouwen en het geloof dat anderen behulpzaam zijn.

De resultaten doen besluiten dat suïcide niet alleen ontstaat door individuele factoren, maar ook direct geworteld is in de leefomgeving van mensen. De doelen in deze substrategie zijn dan ook tweeërlei: op het individuele niveau en op dat van de lokale samenleving:

- **individuen** bekwamen in het opbouwen en onderhouden van een sociaal netwerk;
- het sociaal kapitaal (in de betekenis van integratie en betrokkenheid) in de lokale **gemeenschap** versterken.

Naast het uitwerken van nieuwe acties binnen deze strategie is het belangrijk om gelijktijdig te **inventariseren welke reeds bestaande initiatieven in Vlaanderen tot doel hebben de sociale aansluiting te bevorderen**. Op deze reeds bestaande acties inhaken kan een toegevoegde waarde betekenen.

Actie: Netwerkgroepen voor ouderen

Het doel van deze actie, die eerst in een pilot wordt gerealiseerd, is het **sociaal kapitaal** (in de betekenis van integratie en betrokkenheid) in de **lokale gemeenschap** (via lokale besturen, OCMW's,…) te **versterken** door het vormen van **netwerkgroepen rond de oudere** als risicopersoon

d.m.v. het inzetten van gekwalificeerde vrijwilligers. Er wordt hierbij een methodiek gebruikt van **persoonlijke toekomstplanning**.

Ouderen en suïcide

De hoogste suïcidecijfers in Vlaanderen komen voor bij ouderen (Agentschap Zorg en Gezondheid, 2015).

Belangrijke risicofactoren bij ouderen zijn:

- psychiatrische stoornissen, voornamelijk depressie (Barnow, Linden, & Freyberger, 2004; Conwell et al., 1996; O'Connell, Chin, Cunningham, & Lawlor, 2004; Waern, Rubenowitz, & Wilhelmson, 2003)
- ziekte (Waern, 2002)
- functionele beperking (Conwell & Thompson, 2008)
- stressvolle levensgebeurtenissen, zoals het overlijden van de partner (Erlangsen, Jeune, Bille-Brahe, & Vaupel, 2004; Harwood, Hawton, Hope, Harriss, & Jacoby, 2006)

De preventie van suïcide stelt ons voor een aantal uitdagingen, voornamelijk omwille van volgende kenmerken:

- ouderen gebruiken vaak zeer dodelijke methoden, waardoor suïcidepogingen vaker fataal zijn (Conwell, Van Orden, & Caine, 2011; De Leo, Padoani, & Scocco, 2001; Murphy et al., 2012)
- ouderen zijn minder geneigd om over zelfmoordgedachten te praten met anderen (Duberstein et al., 1999)
- ouderen maken minder gebruik van geestelijke gezondheidszorg (Conwell & Thompson, 2008; Oyama et al., 2010; Young & Klap, 2001)

Dit zorgt ervoor dat suïcidepreventie bij ouderen zich ook dient te richten tot ouderen die geen geschiedenis van suïcidaal gedrag hebben en die niet in behandeling zijn voor psychische problemen.

Ouderen en sociale netwerken

(De Witte et al., 2012)

Het proces van ouder worden gaat vaak gepaard met een **verlies aan kansen op én mogelijkheden tot maatschappelijke participatie**. Ouderen verliezen immers een aantal essentiële rollen: men gaat op pensioen, de kinderen zijn het huis uit, enz. Daarnaast kunnen de mogelijkheden van ouderen tot maatschappelijke participatie verminderen door een achteruitgang van de gezondheid.

Sociale netwerken of sociale contacten zijn een belangrijk onderdeel van het individuele welzijn van ouderen. Zowel de frequentie als de diversiteit van contacten zijn belangrijk voor het ontvangen van **instrumentele en emotionele steun**. Bovendien verkleint regelmatig contact met kinderen, familieleden, buren en vrienden de kans op **eenzaamheid**. Deze contacten dienen niet steeds in 'levende lijve' plaats te vinden. Zo kunnen onder andere ook telefoongesprekken een belangrijke rol spelen.

Risicofactoren

(De Witte et al., 2012)

Volgende factoren hebben een impact op de sociale aansluiting van ouderen.

Leeftijd: Hoe ouder men wordt, hoe minder vaak men sociaal contact blijkt te hebben. Het aandeel contacten neemt vooral af vanaf de leeftijd van tachtig jaar. Deze afname is grotendeels te wijten aan specifieke omstandigheden als verweduwing, scheiding, kinderen die uit huis gaan of het verliezen van vrienden en familie door sterfte. Er zijn echter twee grote uitzonderingen. Het aantal contacten met (schoon)kinderen en buren daalt niet met de leeftijd. 'Ageing in place' is dan ook een belangrijke wens voor heel wat ouderen.

Burgerlijke staat: Echtgescheiden ouderen zijn het meest contactarm en bijgevolg ook het meest kwetsbaar. Een andere kwetsbare groep zijn samenwonende ouderen. Nooit gehuwden en weduwe(naar)s, daarentegen, hebben een uitgebreid netwerk en onderhouden een verscheidenheid aan contacten.

Ouderschap: Ouderen met kinderen hebben een uitgebreider sociaal netwerk.

Gezinsinkomen: Hoe lager het inkomen, hoe kleiner het sociale netwerk. Er is echter één belangrijke uitzondering: contacten met de kleinkinderen.

Fysieke gezondheid: In tegenstelling tot wat vaak gedacht wordt, speelt de fysieke gezondheid van zestigplussers slechts een geringe rol op de frequentie en de diversiteit aan contacten. Enerzijds hebben fysiek beperkte ouderen minder vaak dagelijkse contacten met gezinsleden. Anderzijds hebben zij evenveel contacten met buren en vrienden.

Urbanisering: De mate van urbanisering van gemeenten toont slechts een klein verschil in de mate van sociale contacten.

Impact van sociale netwerken op suïcidaliteit

Het is meermaals aangetoond dat het aantal sociale contacten, het gevoel van sociale verbondenheid, sociale integratie, eenzaamheid en sociale steun een impact hebben op (geestelijke) gezondheid en suïcidaliteit bij ouderen (Ashida & Heaney, 2008; Chang et al., 2017; Fässberg et al., 2012; Hawkley & Cacioppo, 2010; Holt-Lunstad, Smith, & Layton, 2010).

Effectieve interventies

Hoewel er heel wat onderzoek voorhanden is over risicofactoren voor suïcidaliteit bij ouderen, is er heel wat minder onderzoek naar de effectiviteit van preventiestrategieën voor ouderen (Conwell, 2014; Erlangsen & Nordentoft, 2011). Dit wil echter niet zeggen dat we niets kunnen ondernemen om het suïciderisico van ouderen te verkleinen. Onderstaande aanbevelingen zijn gebaseerd op onderzoek waar mogelijk, maar bij een gebrek aan evidentie werden ook de aanbevelingen van een panel van experten meegenomen (Erlangsen & Nordentoft, 2011). Er wordt een onderscheid gemaakt tussen interventies die focussen op het bevorderen van de geestelijke gezondheid van ouderen, interventies die specifiek gericht zijn op suïcidepreventie bij ouderen en interventies die zelfdoding bij ouderen trachten te voorkomen door het sociaal netwerk van ouderen te versterken.

Bevorderen van geestelijke gezondheid bij ouderen

Bij ouderen dragen **sociale steun in een groep** en **activiteiten die sociale participatie aanmoedigen** significant bij aan het mentaal welbevinden (VIGeZ, n.d.). Bepaalde vormen van **bewegingsactiviteiten** zoals gemengde oefeningen, kracht en weerstandstraining, aerobics, en wandelen zijn goed wetenschappelijk onderbouwd voor hun geestelijke gezondheidsbevorderend effect.

Psychologische interventies die de controle over het eigen leven verhogen, negatieve gedachten bijstellen en gebruik maken van 'life review' dragen bij aan een positieve geestelijke gezondheid. Daarnaast kunnen **ergotherapeutische interventies** ingezet worden waarbij dagelijkse routines en activiteiten die gezondheid en welbevinden verhogen ingeoefend worden.

Veel interventies voor ouderen zijn gericht op het doorbreken van **eenzaamheid**. Nederlands onderzoek toont echter **weinig evidentie** voor de effectiviteit van dergelijke projecten (Fokkema & van Tilburg, 2005). Van de tien onderzochte projecten gericht op het tegengaan of verminderen van eenzaamheid bij ouderen zijn er slechts twee effectief. Oorzaken van dit geringe effect zijn dat er teveel gefocust wordt op het verhogen van sociale participatie, terwijl dit maar één van de oplossingsrichtingen is. Ook is de doelgroep waarop de interventie is gericht vaak te ruim. Verder zijn gemotiveerde beroepskrachten onmisbaar in het laten slagen van een project.

Preventie van suïcide bij ouderen

Overzicht van mogelijke strategieën gericht op de preventie van zelfdoding bij ouderen, onderverdeeld volgens preventieniveau. Waar mogelijk wordt evidentie vermeld, andere strategieën zijn gebaseerd op de consensus van experts (Andriessen & Bonnewyn, 2013; A Erlangsen & Nordentoft, 2011). Preventiestrategieën gericht op het versterken van het sociaal netwerk van ouderen worden in het groen weergegeven.

Universele preventie

Universele preventiestrategieën richten zich tot de algemene bevolking/algemene populaties, in dit geval de hele bevolking of alle ouderen.

- Positieve beeldvorming rond ouderen creëren:
    - Destigmatiseren van geestelijke gezondheidsproblemen
    - Ouder en afhankelijk van anderen worden bespreekbaar maken

- Effectieve copingstijlen aanleren:
    - Leren omgaan met verlieservaringen
    - Gevoel van eigenwaarde ondersteunen
    - Hulp leren aanvaarden
    - Empowerment verhogen: stimuleren om zelf dingen te blijven doen en voor eigen behoeften en noden op te komen
    - Veerkracht verhogen
    - Realistische toekomstperspectieven helpen exploreren en betekenisvolle, concrete doelen helpen stellen (Lapierre, Dubé, Bouffard, & Alain, 2007)
    - Sociaal functioneren en sociale vaardigheden verhogen (Heisel, Duberstein, Talbot, King, & Tu, 2009)

- Sociaal netwerk versterken:

    - Promoten van sociale steun (gemeenschapsvorming, contacten met familie, …)
    - Promoten van participatie (vrijetijdsactiviteiten, fysieke activiteiten, intergenerationele projecten, vrijwilligerswerk) (Oyama et al., 2005)

- Vroegdetectie en –interventie van geestelijke gezondheidsproblemen en suïcidaliteit bij ouderen (bv.: systematisch screenen op depressie bij ouderen of self-assessment screeningtools beschikbaar maken) (Diggle-Fox, 2016; Oyama et al., 2008; Yeh, Ng & Wu, 2017)

- Een veilige en zorgzame samenleving creëren:
    - Structuur en routine verschaffen aan ouderen
    - Faciliteiten aanbieden aan ouderen om mobiliteit te garanderen
    - Beperken van beschikbaarheid suïcidemiddelen in samenleving/omgeving ouderen
    - Mediarichtlijnen rond berichtgeving over suïcide (bij ouderen) ontwikkelen en verspreiden
    - Sociale zekerheidsprogramma's opzetten, zoals verminderen van armoede en verstevigen van de financiële situatie, verbeteren van toegang tot medische zorgen, monitoren van fysieke gezondheid

Selectieve preventie

Selectieve preventiestrategieën richt zich tot specifieke risicogroepen, in dit geval kwetsbare ouderen.

- Sociaal netwerk versterken:
    - Detecteren en mobiliseren van personen en organisaties in de omgeving van de kwetsbare oudere die een zicht hebben op zijn of haar levensomstandigheden en kunnen ondersteunen bij de verbetering ervan
    - Telefonische en onlinediensten voor kwetsbare ouderen organiseren, zoals een specifieke noodlijn voor ouderen of een dienst die regelmatig ouderen contacteert voor een ondersteunend gesprekje (Diego De Leo, Dello Buono, & Dwyer, 2002; Fiske & Arbore, 2001; Morrow-Howell, Becker-Kemppainen, & Judy, 1998)

- Detectie en behandeling optimaliseren:
    - Toepassing van bestaande behandelingen bevorderen (Alexopoulos et al., 2009; Szanto et al., 2001; Unützer et al., 2006)
    - Systematische detectie van en ondersteuning voor ouderen met een verhoogd risico
    - Samenwerking tussen verschillende hulpverleners en diensten faciliteren
    - Diagnose en behandeling van depressie op latere leeftijd in de ouderenzorg optimaliseren (Alexopoulos et al., 2009; Okolie et al., 2017; Unützer et al., 2006)
    - Behandeling bevorderen van slaapproblemen, pijn of andere fysieke symptomen die de levenskwaliteit beïnvloeden en zelfmoordgedachten verhogen
    - Nabije opvolging van depressieve ouderen, bv. informeren over behandelopties, korte psychotherapie aanbieden, depressieve symptomen en neveneffecten van medicatie van nabij opvolgen, follow-up voorzien (Alexopoulos et al., 2009; Bruce et al., 2004; Unützer et al., 2002, 2006)

- Informeren en vormen van ouderen:
    - Ouderen vormen rond bewustzijn en risico- en beschermende factoren voor suïcide en depressie (Chiu, Takahashi, & Suh, 2003)

- Deskundigheidsbevordering van intermediairs:
    - zowel rond risico- en beschermende factoren voor zelfdoding bij ouderen als rond detectie en behandeling van depressie en suïcidaliteit bij ouderen en het belang van verlieservaringen en alcoholmisbruik bij het inschatten van het suïciderisico

- Zorg voor oudere nabestaanden na zelfdoding optimaliseren

Geïndiceerde preventie

Geïndiceerde preventiestrategieën zijn gericht op personen die reeds suïcidaal gedrag vertonen, in dit geval ouderen die aan zelfmoord denken of een zelfmoordpoging gedaan hebben.

- Telefonische en online diensten voorzien die zich specifiek richten op suïcidale ouderen
- Klinische behandeling van depressieve patiënten met zelfmoordgedachten (farmacotherapie en interpersoonlijke psychotherapie) (Aizenberg et al., 2006; Barak et al., 2006; Cougnard et al., 2009; Gustavson et al., 2016; Szanto et al., 2001; Szanto, Mulsant, Houck, Dew, & Reynolds, 2003)
- Ketenzorg voor suïcidale ouderen en oudere suïcidepogers optimaliseren
- Follow-up voorzien na behandeling, zoals huisbezoeken, telefoongesprekken of postkaarten (Diego De Leo et al., 2002)
- Suïcidepogingen van ouderen registreren om hier uit te kunnen leren

Net als bij suïcidepreventie in het algemeen (Mann et al., 2005), geldt ook voor suïcidepreventie bij ouderen dat een **combinatie van universele, selectieve en geïndiceerde preventiestrategieën** waarschijnlijk het meest effectief is (Conwell, Van Orden, & Caine, 2011; O'Connell et al., 2004). Ook met betrekking tot het versterken van het sociaal netwerk van ouderen zijn interventies op alle niveaus mogelijk.

Een belangrijk aandachtspunt bij interventies gericht op suïcidepreventie bij ouderen zijn mogelijke **genderverschillen**. Een review van suïcidepreventieprogramma's voor ouderen toont aan dat bij de meeste studies waar rekening gehouden werd met gender alleen of meer positieve effecten voor vrouwen gevonden werden (Lapierre et al., 2011). Specifiek voor interventies die zich richten op het versterken van het sociaal netwerk blijkt dat groepsactiviteiten wel een effect hadden bij vrouwen, maar niet bij mannen (Oyama et al., 2005). Ook telefonische diensten bleken effectiever te zijn bij vrouwen (Diego De Leo et al., 2002).

INITIATIEVEN IN VLAANDEREN

Buurtgerichte Zorg

De nota Buurtgerichte Zorg stelt een toekomstmodel voor de organisatie van het ondersteunings-, hulp- en zorgaanbod in Vlaanderen voor (Bekaert et al., 2016) . Dit toekomstmodel heeft als doel om hulp en zorg voor iedereen bereikbaar, beschikbaar en betaalbaar te houden. Buurtgerichte Zorg wil dit doel bereiken door de krachten binnen een lokaal netwerk te bundelen.

Het model Buurtgerichte Zorg zet sterk in op het welzijn van buurtbewoners verhogen en sociale cohesie versterken. Het richt zich niet alleen tot ouderen en is ook niet specifiek gericht op suïcidepreventie, maar het biedt wel een interessant kader voor het project rond sociale netwerkvorming bij ouderen. Er zijn heel wat gelijkenissen in de doelstellingen van beide projecten

te vinden, bijvoorbeeld het werken met vrijwilligers in een lokale context en het belang van goed ondersteunde vermaatschappelijking van de zorg.

Acties en methodieken voor ouderen

Hieronder worden een aantal acties en methodieken opgelijst die focussen op het bevorderen van geestelijke gezondheid en/of sociale aansluiting bij ouderen. Organisaties die alleen ontspannende sociale activiteiten aanbieden (bv: hobbycursussen, culturele uitstappen, sportieve activiteiten, …) en acties of methodieken die zich niet specifiek naar ouderen richten zijn niet opgenomen in dit overzicht. Dit overzicht is niet volledig, want het is moeilijk om zicht te krijgen op alle lokale projecten voor ouderen, maar het kan wel inspiratie bieden. De acties zijn onderverdeeld in vier categorieën: informeren, geestelijke gezondheid bevorderen, sociaal contact bevorderen en ouderenorganisaties.

Informeren

Brochure rond depressie bij ouderen van VVGG:
http://issuu.com/ggvlaanderen/docs/vvgg_depr_ouderen_2011_cor2?e=4887946/2723461

Informatiebrochure Beeldvorming over Ouderen van de Vlaamse Ouderenraad:
http://www.vlaamseouderenraad.be/Public ati es/folder/Beeldvorm ingsfolder.pdf

Vorming rond eenzaamheid van Bond Zonder Naam:
http://www.oudeneenzaam.be/uploads/2/4/1/9/24194944/fiche_-_vorming_rond_eenzaamheid.pdf

Geestelijke gezondheid bevorderen

Zilverwijzer: http://www.vigez.be/projecten/zilverwijzer + inspiratiegids:
http://www.vigez.be/files/geestelijkegezondheid/Zilverwijzer_inspiratiegids.pdf

Fit in je Hoofd voor Senioren: http://www.gezondegemeente.be/acties/actielijst/fit-in-je-hoofd-voor-senioren

Toneel 'Geluk op grootmoeders wijze': http://logogezondplus.be/content/geluk-op-grootmoeders-wijze

Workshop 'Geestelijk Gezond ouder worden': http://logodender.be/content/workshop-geestelijk-gezond-ouder-worden

Tien tips voor een goede oude dag: http://www.cgg-brussel.be/extra-aanbod/elder/-tips-voor-een-goede-oude-dag_645.aspx en http://www.cgg-brussel.be/uploads/Projectvoorstelling/brochure_tien_tips_bijlage_3.pdf

Sociaal contact bevorderen

Project 'Generaties voor elkaar!' Aanpak en preventie van eenzaamheid bij ouderen (2013 -2014):
http://vormingpluskempen.be/generaties/

Kontaktbejaarden: www.kontaktbejaarden.be

Huisbezoeken van Okra: http://www.okra.be/page?page=okra-zorg2010

Telefooncirkel/Telefoonster: http://www.vvsg.be/sociaal_beleid_en_werk/Lokaal_Sociaal_Beleid/proactief_handelen/methodieken/Pages/Telefooncirkelof-ster.aspx; http://www.oost-vlaanderen.be/docs/nl/jc/11681ouderen_fiche_telefoonster.pdf; http://www.oost-vlaanderen.be/docs/nl/xm/11669ouderen_fiche_draaiboek_telefoonster.pdf

Lokale dienstencentra: http://www.lokaledienstencentra.be

project rond eenzaamheid in Gent, georganiseerd door het OCMW: http://www.ocmwgent.be/project_eenzaamheid.html; http://www.oost-vlaanderen.be/docs/nl/uw/11679ouderen_fiche_project%20bezoek80gent_ocmw.pdf

project rond eenzaamheid in Oud-Heverlee: http://www.oud-heverlee.be/gemeentelijke-diensten/advies-project-eenzaamheid.html

Doorbreek de eenzaamheid van de Christelijke Mutualiteit: http://doorbreekeenzaamheid.be/index.php

Levensverhalen: http://www.okra.be/page?orl=8357&ssn=&lng=1&pge=17991&nws=7162

Project narratieve zorg van Elder: http://www.cgg-brussel.be/uploads/narratieve%20zorg/folder_nz_2015_voor_site.pdf

(H)Echt Arendonk: http://www.oudeneenzaam.be/uploads/2/4/1/9/24194944/fiche_-_hecht_arendonk.pdf en http://www.hechtarendonk.be

Spring eens binnen - Rode Kruis: http://www.oudeneenzaam.be/uploads/2/4/1/9/24194944/fiche_-_spring_eens_binnen.pdf en http://www.rodekruis.be/wat-doen-we/sociale-activiteiten/aandacht-voor-senioren/

Erbij.be, campagne van de Bond zonder Naam: http://www.erbij.be, meer info: http://www.bzn.be/nl/page/wat_doen_we_/sensibiliseringscampagnes/bzn_campagne_over_eenzaamheid-605

Ouder worden in je buurt: http://www.oost-vlaanderen.be/public/welzijn_gezondheid/ouderen/in_je_buurt/index.cfm; http://www.ontknoop.be/websites/1/uploads/file/ppt%2029%20okt%202015/Sessie%201b%20Ouder%20worden%20in%20je%20buurt.pdf; Contactpersoon is David Talloen (david.talloen@oost-vlaanderen.be)

“Vergrijzing, actief en passief besturen”, project van gemeente Herzele i.s.m. de VVSG: http://www.samenlevingsopbouw.be/images/sov/algemeen/artikels_e-dossiers/PDF/Studies/Samen_de_stoep_op_ovl_sociale_cohesie.pdf (p65-69)

“Senioren actiever betrekken of hen uit hun isolement halen”, van gemeente Langemarkt-Poelkapelle i.s.m. VVSG: http://www.vvsg.be/opleiding/presentaties/Documents/Studiedag%20Vergrijzing%20Actief%20of%20passief%20besturen%20-%20Schaarbeek,%2023%20oktober%202009/01_Projectmatig%20werken%20met%20ouderen_Joris%20Peeraer.pdf

“Zilverkring” van gemeente Londerzeel i.s.m. VVSG: combinatie van bezoekteams en telefooncirkels (http://www.vvsg.be/opleiding/presentaties/Documents/Studiedag%20Vergrijzing%20Actief%20of%20passief%20besturen%20-%20Schaarbeek,%2023%20oktober%202009/09_Londerzeel_Zilverkring%20eenzaamheid.pdf)

Hoppen: uitbouwen van een wijkgericht netwerk voor kwetsbare senioren, georganiseerd door OCMW, o.a. in Antwerpen (http://www.vvsg.be/np/Lists/NP/DispForm.aspx?ID=212)

Bezoekersteam Sociaal Isolement:
http://www.vvsg.be/sociaal_beleid_en_werk/Lokaal_Sociaal_Beleid/proactief_handelen/methodieken/Pages/Bezoekersteam_sociso.aspx

Postbodes die helpen 80-plussers screenen in Oostende:
http://www.vvsg.be/gemeentet/Paginas/‘Hey-mister-postman!’-in-Oostende.aspx

Huisbezoeken aan 85-plussers door OCMW in Bonheiden

Ouderengezelschapsdienst Bonheiden:
http://www.bonheiden.be/product/512/default.aspx?_vs=1_n&id=2086

Meldpunt Vereenzaming voor regio’s Mechelen, Boom en Lier:
http://www.meldpuntvereenzaming.be

Burendag:
http://www.vvsg.be/sociaal_beleid_en_werk/Lokaal_Sociaal_Beleid/proactief_handelen/methodieken/Pages/burendag.aspx

‘Buren voor mekaar’ in Hoegaarden: http://www.ocmw-hoegaarden.be/documents/diensten/buren-voor-mekaar.xml?lang=nl

Dorpsconciërge:
http://www.vvsg.be/sociaal_beleid_en_werk/Lokaal_Sociaal_Beleid/proactief_handelen/methodieken/Pages/dorpsconci%C3%ABrge.aspx

Dorpshuis:
http://www.vvsg.be/sociaal_beleid_en_werk/Lokaal_Sociaal_Beleid/proactief_handelen/methodieken/Pages/Dorpshuis.aspx

Dorpspamflet of –krantje:
http://www.vvsg.be/sociaal_beleid_en_werk/Lokaal_Sociaal_Beleid/proactief_handelen/methodieken/Pages/dorpspamfletof-krantje.aspx

Dorpsrestaurant: www.dorpsrestaurant.be;
http://www.vvsg.be/sociaal_beleid_en_werk/Lokaal_Sociaal_Beleid/proactief_handelen/methodieken/Pages/dorpsrestaurant.aspx

Erfbetredersnetwerk:
http://www.vvsg.be/sociaal_beleid_en_werk/Lokaal_Sociaal_Beleid/proactief_handelen/methodieken/Pages/Erfbetredersnetwerk.aspx

Zorgburen:
http://www.vvsg.be/sociaal_beleid_en_werk/Lokaal_Sociaal_Beleid/proactief_handelen/methodieken/Pages/Zorgburen.aspx

Zorgnetwerk:
http://www.vvsg.be/sociaal_beleid_en_werk/Lokaal_Sociaal_Beleid/proactief_handelen/methodieken/Pages/zorgnetwerk.aspx; http://www.ontknoop.be/; http://www.ontknoop.be/websites/1/uploads/file/ppt%2029%20okt%202015/Sessie%206%20Draaiboek%2020151029%20Workshop%20Draaiboek.pdf → overzicht van alle zorgnetwerken in Vlaanderen: http://www.ontknoop.be/nl/initiatieven/ → voorbeelden:

- Zorgnetwerk ZOHRA in Avelgem: combinatie van dorpsdienst (bezoekjes, kleine klusjes, leeshulp, vervoer en boodschappen, oppas) en dorpsrestaurant http://www.ontknoop.be/websites/1/uploads/file/ppt%2029%20okt%202015/Sessie%201%20Zorgnetwerk%20ZOHRA.pdf
- Dorpsdienst NESTOR in de Westhoek: http://www.ontknoop.be/websites/1/uploads/file/ppt%2029%20okt%202015/Sessie%203a%20Nestor%20ppt%20voorstelling%20Nestor%20okt2015.pdf
- Zorgnetwerk "Buren Voor Mekaar" in Hoegaarden: http://www.ontknoop.be/websites/1/uploads/file/artikel%20kranten/VVSG%20artikel%20mei%202014.pdf

Intergenerationele projecten zoals 'In de pen voor oma' en 'Op kot met oma' van Fedos; 'Jong en oud maken een kookboek' en het schrijfproject en dansproject van JOKA; leespeters en –meters in ziekenhuizen; Computeria; intergenerationele woningen; Digisenior in Brugge; 'Jong en oud samen op stap' in Genk …

Ouderenorganisaties

Overzicht ouderenorganisaties:
http://www.seniorennet.be/Pages/Vrije_tijd/ouderenorganisaties_adressen.php

Hulpmiddelen voor intermediairs

Oud en eenzaam?: Inspiratiegids rond aanpak en preventie van eenzaamheid bij ouderen (http://www.oudeneenzaam.be)

Rapport rond planning van de oude dag voor personen met een migratiegeschiedenis, personen in armoede en personen met een beperking: https://www.kbs-frb.be/nl/Activities/Publications/2013/309578

Peeraer, J. & Messelis, E. Vergrijzing: actief of passief besturen? Lokaal bestuur ondersteunen in anticiperen op welzijn van ouderen (http://www.politeia.be/nl-be/book/vergrijzing-actief-of-passief-besturen/VERGRI539N.htm)

ONDERZOCHTE METHODIEKEN

Netwerkgroepen

(LUS vzw, n.d.)

Een netwerkgroep is een cirkel van mensen rond een centrale persoon, die ondanks enkele hindernissen kiest voor een leven in de samenleving.

De netwerkgroep wordt gestart door de centrale persoon zelf, of door iemand die hem of haar dierbaar is.

De leden uit netwerkgroepen zijn gewone mensen: familie, vrienden, kennissen, mensen uit de buurt die betrokken willen zijn en blijven. De betrokkenheid uit zich in het luisteren naar wat de centrale persoon zelf aangeeft, door regelmatig samen te overleggen (meestal bij de centrale persoon thuis), en door samen acties te realiseren.

Zorgnetwerken

Het doel van de meeste zorgnetwerken is ertoe bij te dragen dat mensen zolang mogelijk thuis kunnen blijven wonen, in de beste omstandigheden en met de nodige zorg op maat (Deroo, 2014). Het merendeel wil hiermee ook sociaal isolement en onderbescherming tegengaan en werken aan integratie in de samenleving en een toegankelijke dienstverlening, ook voor de meest kwetsbaren. De werkprincipes die zorgnetwerken hanteren zijn: op maat werken, outreachend werken, informatie geven, aan bekendmaking doen, een signaalfunctie opnemen, een integrale aanpak op het vlak van wonen, zorg en welzijn, doorverwijzen, samenwerken, groepsgericht werken en preventief werken.

Zorgnetwerken zijn een lokaal initiatief en ontstaan meestal vanuit een lokaal bestuur, in samenwerking met andere diensten. De ontstaansnoden van zorgnetwerken baseren zich vooral op signalen rond het ontbreken van een sociaal netwerk voor hulp, eenzaamheid, vervoers- en mobiliteitsproblematiek en afstand tot de dienstverlening.

Zorgnetwerken kenmerken zich doordat ze, via het inzetten van vrijwilligers, een aanbod doen van dienstverlening en ondersteuning, aanvullend op de bestaande hulp- , dienst- en zorgverlening en begeleid door een professionele dienst. Het aanbod verschilt van zorgnetwerk tot zorgnetwerk, afhankelijk van de lokale context en noden. Ze vervullen een signaalfunctie ten aanzien van dienstverlening en beleid en alsook een laboratoriumfunctie doordat ze inspelen op bepaalde hiaten in het aanbod door nieuwe initiatieven te ontplooien.

Onderzoek van de HOWest heeft zes basiscriteria voor zorgnetwerken vastgelegd (Deroo, 2014). Initiatieven die volledig of gedeeltelijk aan deze criteria voldoen, worden beschouwd als zorgnetwerken. Het gaat om initiatieven:

- aanvullend op het bestaande aanbod qua hulp-, dienst- en zorgverlening;
- met een signaalfunctie ten aanzien van professionele diensten;
- ingebed in een netwerk met betrokken diensten/actoren;
- die beschikken over een vrijwilligerswerking;
- ondersteund door een professional of een professionele organisatie;
- vaak in een plattelandscontext ontwikkeld.

Ondertussen zijn er reeds zorgnetwerken uitgebouwd in verschillende gemeenten, verspreid over heel Vlaanderen (http://www.ontknoop.be/nl/initiatieven/). De zorgnetwerken kregen recent ook het Flanders'care project partner label 'Slimmer zorgen voor morgen'.

Persoonlijke toekomstplanning

(gebaseerd op: P.L.A.N. vzw, n.d.)

Persoonlijke toekomstplanning of person-centered planning is een strategie die probeert (terug) bruggen te slaan naar het gewone leven. Dit in de eerste plaats door op zoek te gaan naar familie, vrienden, kennissen, e.d.. Kortom, mensen uit de buurt die betrokken willen zijn en blijven op het leven van iemand die voor korte of langere tijd hulp of sociaal contact nodig heeft.

Deze betrokkenheid uit zich door te luisteren naar wat de centrale persoon zelf aangeeft, door regelmatig samen te overleggen, door samen iets te doen of ergens naartoe te gaan, door mee na te denken en te zoeken naar hoe contacten te leggen met de buurt, de wijk, de samenleving.

Persoonlijke toekomstplanning werd oorspronkelijk ontwikkeld om mensen met een beperking te ondersteunen, maar wordt ook toegepast voor andere doelgroepen (bv: chronisch zieken, mensen met psychische problemen, thuislozen en ouderen. P.L.A.N. vzw (nu LUS vzw) heeft reeds jaren ervaring met het toepassen van persoonlijke toekomstplanning bij diverse doelgroepen.

Elk proces is uniek, maar toch zijn er een aantal 'vaste waarden' :

- **Samenstellen van een steungroep**: Elk proces gaat van start met een zoektocht naar mensen die bewust willen deel uitmaken van iemands achterban. Vaak zijn dit enkele mensen uit de bestaande familie- en vriendenkring, maar daarnaast wordt er indien nodig ook op zoek gegaan naar (oude) vrienden of kennissen, of mensen uit de buurt. Hierbij wordt vertrokken van mogelijke gedeelde interesses en capaciteiten. Anderzijds is nabijheid ook een belangrijke 'toegangspoort' om nieuwe mensen aan te trekken: de buurt waar iemand woont, zijn of haar gemeenschap.

- **Regelmatig én langdurig**: De gevormde groep komt regelmatig samen, meestal bij iemand thuis. De bedoeling van deze gesprekken is vooral om positieve verhalen met elkaar te delen, de centrale persoon beter te leren kennen en aanknopingspunten te zoeken om in actie te schieten rond vrije tijd, wonen, werken, relaties,… Tegelijk komt er een groepsproces op gang waarbij iedereen die rond de tafel zit mee betrokken wordt, elkaar beter leert kennen en naar elkaar toegroeit. Op een bepaald moment is het goed dat er in actie geschoten wordt. Dit kan zijn door iets samen te doen, te zoeken naar een andere plek om te wonen of te werken, nieuwe contacten te leggen,…

Ondertussen zijn er al enkele honderden processen gestart in Vlaanderen. Velen van hen geven aan dat het enorm deugd doet te weten dat er naar je geluisterd wordt en dat je er niet alleen voor staat. En dit geldt niet alleen voor de persoon om wie het draait, maar vaak ook voor de direct betrokkenen zoals partner, ouders, …

Haalbaarheid

De haalbaarheid is bewezen via enkele projecten in Vlaanderen waar de strategie werd uitgetest en reeds verscheidene jaren toegepast.

Hoewel persoonlijke toekomstplanning eigenlijk iets heel gewoon is en vooral gericht is om de sociale verbondenheid tussen mensen te versterken, vergt het echter wel veel expertise om zo'n groepen samen te brengen.

P.L.A.N. vzw heeft zich de voorbije jaren dan ook sterk toegelegd op het vormen en ondersteunen van planmedewerkers die zo'n processen mee kunnen opstarten en het uitbouwen van intervisiesystemen. Het doet hiervoor beroep op onbezoldigde medewerkers, liefst uit de buurt van de centrale persoon. In een eerste fase wordt deze planmedewerker bijgestaan door een betaalde

kracht van P.L.A.N. vzw, maar éénmaal de groep 'gelanceerd' is, verdwijnt die naar de achtergrond (via intervisie en ondersteuning van de planmedewerker).

De voorbije jaren is P.L.A.N. vzw er in geslaagd een groep van 80 vrijwilligers te mobiliseren die één of meerdere processen ondersteunen. Het ontwierp hiervoor het PLAN-netwerk dat in tegenstelling tot de officiële kanalen van vrijwilligers en middenveldorganisaties, ons wel in staat stelt voor elke nieuwe vraag ook een nieuwe vrijwilliger te vinden.

Zo'n ondersteunende organisatie die vrijwilligers aanspreekt, opleidt en ondersteunt en de kwaliteit bewaakt is dus een vereiste, maar met een zeer beperkt aantal bezoldigde medewerkers kan men op deze manier een grote groep mensen bereiken.

Effectiviteit

Uit een review van onderzoek naar de effectiviteit van persoonlijke toekomstplanning blijkt dat de methodiek een positieve, maar beperkte impact heeft op de doelgroep (Claes, Van Hove, Vandevelde, van Loon, & Schalock, 2010). De methodiek blijkt effectief te zijn voor het verbeteren van sociale netwerken (contact met familie en vrienden en deelname aan groepsactiviteiten) en de betrokkenheid in de gemeenschap, en voor zaken die verband houden met het planningsproces (betrokkenheid van de persoon en diens naasten, verbeterde communicatie, teamwork, ontwikkeling van een bredere visie). Op het vlak van kennis en het maken van keuzes is minder effect gevonden. Daarnaast werden er ook enkele negatieve effecten gevonden, bijvoorbeeld op het hebben van werk, fysieke activiteit en gezondheid. Het bestaande onderzoek is volgens de reviewers slechts van matige kwaliteit (weinig peer-reviewed onderzoek, kleine steekproeven, weinig externe validiteit).

Uit onderzoek in Vlaanderen naar het effect persoonlijke toekomstplanning bij mensen met een beperking blijkt dat dit een krachtgerichte en verbindende methodiek is die door de deelnemers zeer sterk gewaardeerd wordt (Demeyer & Van Regenmortel, 2008). Ze ervaren een enorme steun door de bijeenkomsten en hebben het gevoel dat er echt naar hen geluisterd wordt. De steungroep is voor velen ook een belangrijke bron van energie en veiligheid. Ook voor mantelzorgers van de centrale persoon biedt de methodiek een grote steun.

Suïcidespecifiek

Persoonlijke toekomstplanning (PTP) werd niet ontwikkeld in het kader van suïcidepreventie hoewel het, door de sterke focus op de beschermende factoren, een sterke hefboom kan zijn m.b.t. universele suïcidepreventie :

- Op *psychologisch niveau* ligt het accent sterk op empowerment, op het zoeken naar positieve energie, zelfbepaling, capaciteiten en interesses. Acties zijn gericht op het verhogen van de kwaliteit van leven via de uitbouw van een betekenisvol leven op vlak van werk, vrijetijd en hobby's, wonen, school, …
- PTP werkt zeer sterk in op het *sociaal microniveau*, omdat het herstel en heropbouw van een sociaal netwerk centraal staat waardoor mensen niet meer alleen komen te staan
- Deze netwerkontwikkeling gaat echter verder dan het microniveau: van bij de start wordt er een beroep gedaan op de buurt (i.f.v. het zoeken van een vrijwilliger en soms ook i.f.v. de samenstelling van een steungroep) maar zeker in de actiefase is er een duidelijke link met de gemeenschap waar iemand woont en leeft en worden er concreet stappen gezet naar nieuwe mensen, organisaties, verenigingen, diensten, bedrijven, ….= *sociaal meso en macroniveau*

Bereik van de strategie

Persoonlijke toekomstplanning is iets dat niet kan opgelegd worden, het moet vertrekken van de centrale persoon zelf, die op de één of andere manier (en dit is zelfden expliciet of verbaal) aangeeft dat zijn of haar leven niet goed zit en dat hierin verandering in moet komen. Maar niet iedereen met een wens tot verandering zal kiezen voor PTP, want een essentiële bijkomende voorwaarde is dat mensen er voor moeten kiezen om dit te doen via het betrekken van het eigen sociale netwerk, kennissen of bij aanvang zelfs onbekende gewone mensen.

Conclusie: PTP is niet iets wat van bovenaf aan een grote groep mensen kan opgelegd worden. Via uitgebreide bekendmaking kan je mensen wel op de hoogte brengen van het bestaan en effect van PTP, maar de stap zal door hen genomen moeten worden.

Duurzaamheid

PTP is per definitie een proces op lange termijn: er zijn groepen die al meer dan 8 jaar blijven samenkomen. Een groep wordt met de tijd meer dan het geheel van de delen.

Samenwerking

Er is op alle niveaus samenwerking: op microniveau betreft het alle betrokkenen rond één individu, maar daarnaast wordt er ook samengewerkt met diensten, organisaties, scholen, … i.f.v. de individuele vragen en verwachtingen.

Op mesoniveau gaat P.L.A.N. vzw voor elke doelgroep op zoek naar partners uit het werkveld. Zo gebeurden het project rond ouderen in samenwerking met de stichting Aan Z, het project rond de thuislozen met het steunpunt algemeen welzijnswerk, …

Implementatiemogelijkheden

Persoonlijke toekomstplanning als methodiek kan heel breed geïmplementeerd worden, maar dit hangt sterk af van de visie van waaruit gewerkt wordt.

CONCLUSIE

Sociale verbondenheid heeft een grote impact op het mentaal welbevinden van ouderen. Vooral oudere (+80 jaar), echtgescheiden of kinderloze ouderen en ouderen met een laag inkomen hebben vaak minder sociale contacten en zijn dan ook extra kwetsbaar.

Het aanbod aan acties om de sociale verbondenheid van ouderen te vergroten in Vlaanderen is groot, maar het is onduidelijk in hoeverre deze initiatieven gestoeld zijn op wetenschappelijke evidentie. Ook in de internationale literatuur bleek er weinig evidentie voorhanden te zijn over de effectiviteit van preventieacties voor ouderen, zeker wat betreft suïcidepreventie. Over het algemeen wordt aangenomen dat een combinatie van universele, selectieve en geïndiceerde preventiestrategieën het meest effectief is.

REFERENTIES

Agentschap Zorg en Gezondheid. (2015). Sterfte door suïcide. Retrieved December 8, 2015, from http://www.zorg-en-gezondheid.be/Cijfers/Sterftecijfers/Cijfers-oorzaken-van-sterfte/Sterfte-door-su%c3%afcide/

Aizenberg, D., Olmer, A. & Barak, Y. (2006). Suicide attempts amongst elderly bipolar patients. *Journal of Affective Disorders, 91*(1), 91-94.

Alexopoulos, G. S., Reynolds III, C. F., Bruce, M. L., Katz, I. R., Raue, P. J., Mulsant, B. H., … PROSPECT Group. (2009). Reducing suicidal ideation and depression in older primary care patients: 24-month outcomes of the PROSPECT study. *American Journal of Psychiatry*. Retrieved from http://ajp.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.ajp.2009.08121779

Andriessen, K., & Bonnewyn, A. (2013). *Suïcide en suïcidepreventie bij ouderen*. Mechelen: Kluwer.

Ashida, S., & Heaney, C. A. (2008). Differential associations of social support and social connectedness with structural features of social networks and the health status of older adults. *Journal of Aging and Health*, *20*(7), 872–93.

Barak, Y., Olmer, A. & Aizenberg, D. (2006). Antidepressants reduce the risk of suicide among elderly depressed patients. *Neuropsychopharmacology, 31*(1), 178-181.

Barnow, S., Linden, M., & Freyberger, H.-J. (2004). The relation between suicidal feelings and mental disorders in the elderly: results from the Berlin Aging Study (BASE). *Psychological Medicine*,

34(4), 741–6.
Bekaert, A., Denys, B., De Muynck, J., De Vriendt, T., Foriers, L., Moons, S., … Verté, D. (2016). *Buurtgerichte Zorg. De actief zorgzame buurt als toekomstmodel voor Vlaanderen en Brussel*. Brussel. Retrieved from http://www.netwerkthuiszorg.be/sites/default/files/1086/160217_visietekst_buurtgerichte_zorg_-_boekvorm_def.pdf
Bruce, M. L., Ten Have, T. R., Reynolds, C. F., Katz, I. I., Schulberg, H. C., Mulsant, B. H., … Alexopoulos, G. S. (2004). Reducing suicidal ideation and depressive symptoms in depressed older primary care patients: a randomized controlled trial. *JAMA*, *291*(9), 1081–91.
Chang, Q.S.; Chan, C.H., & Yip, P.S.F. (2017). A meta-analytic review on social relationships and suicidal ideation among older adults. *Social Science & Medicine, 191*, 65-76.
Chiu, H. F. K., Takahashi, Y., & Suh, G. H. (2003). Elderly suicide prevention in East Asia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *18*(11), 973–6.
Claes, C., Van Hove, G., Vandevelde, S., van Loon, J., & Schalock, R. L. (2010). Person-centered planning: Analysis of research and effectiveness. *Intellectual and Developmental Disabilities*, *48*(6), 432–453.
Conwell, Y. (2014). Suicide later in life. Challenges and priorities for prevention. *American Journal of Preventive Medicine*, *47*(3S2), S244–S250. Retrieved from http://actionallianceforsuicideprevention.org/sites/actionallianceforsuicideprevention.org/files/Suicide Later in Life.pdf
Conwell, Y., Duberstein, P. R., Cox, C., Herrmann, J. H., Forbes, N. T., & Caine, E. D. (1996). Relationships of age and axis I diagnoses in victims of completed suicide: a psychological autopsy study. *The American Journal of Psychiatry*, *153*(8), 1001–8.
Conwell, Y., & Thompson, C. (2008). Suicidal behavior in elders. *The Psychiatric Clinics of North America*, *31*(2), 333–56.
Conwell, Y., Van Orden, K., & Caine, E. D. (2011). Suicide in older adults. *The Psychiatric Clinics of North America*, *34*(2), 451–68, ix.
Cougnard, A., Verdoux, H., Grolleau, A., Moride, Y., Begaud, B. & Tournier, M. (2009). Impact of antidepressants on the risk of suicide in patients with depression in real-life conditions: a decision analysis model. *Psychological Medicine, 39*(8), 1307-1315
De Leo, D., Dello Buono, M., & Dwyer, J. (2002). Suicide among the elderly: the long-term impact of a telephone support and assessment intervention in northern Italy. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, *181*, 226–9. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12204927
De Leo, D., Padoani, W., & Scocco, P. (2001). Attempted and completed suicide in older subjects: results from the WHO/EURO Multicentre Study of Suicidal Behaviour. *… Journal of Geriatric …*. Retrieved from http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/gps.337/full
De Witte, N., De Donder, L., Dury, S., Smetcoren, A., Brosens, D., Buffel, T., … Verté, D. (2012). *Samen de stoep op. Over sociale cohesie en ouderen*. Gent: Provincie Oost-Vlaanderen. Retrieved from http://www.samenlevingsopbouw.be/images/sov/algemeen/artikels_e-dossiers/PDF/Studies/Samen_de_stoep_op_ovl_sociale_cohesie.pdf
Demeyer, B., & Van Regenmortel, T. (2008). *"Iets heel bijzonders". Een verkennende studie naar de effectieven van Persoonlijke toekomstplanning bij personen met een handicap en steungroepleden*. Leuven.
Deroo, M. (2014). *Rapportage onderzoeksluik zorgnetwerken*. Brugge. Retrieved from http://www.ontknoop.be/websites/1/uploads/file/rapporten en draaiboeken/Onderzoeksrapport zorgnetwerken en armoedebestrijding.pdf
Diggle-Fox, B.S. (2016). Assessing suicide risk in older adults. *Nurse Practitioner, 41*(10), 28-35.
Duberstein, P. R., Conwell, Y., Seidlitz, L., Lyness, J. M., Cox, C., & Caine, E. D. (1999). Age and Suicidal Ideation in Older Depressed Inpatients. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, *7*(4), 289–296.
Erlangsen, A., Jeune, B., Bille-Brahe, U., & Vaupel, J. W. (2004). Loss of partner and suicide risks

among oldest old: a population-based register study. *Age and Ageing*, *33*(4), 378–83.
Erlangsen, A., & Nordentoft, M. (2011). Key considerations for preventing suicide in older adults: consensus opinions of an expert panel. *Crisis: The Journal of* …. Retrieved from http://psycnet.apa.org/journals/cri/32/2/106/
Fässberg, M. M., van Orden, K. A., Duberstein, P., Erlangsen, A., Lapierre, S., Bodner, E., … Waern, M. (2012). A systematic review of social factors and suicidal behavior in older adulthood. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *9*(3), 722–45.
Fiske, A., & Arbore, P. (2001). Future Directions in Late Life Suicide Prevention. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, *42*(1), 37–53.
Fokkema, T., & van Tilburg, T. (2005). *Eenzaam en dan? De (on)mogelijkheden van interventies bij ouderen*. Beverwijk. Retrieved from http://www.nidi.nl/shared/content/output/2005/nidi-vu-2005-eenzaam.pdf
Gustavson, K.a., Alexopoulos, G.S., Niu, G.C., McCulloch, C., Meade, T. & Arean, P.A. (2016). Problem-solving therapy reduces suicidal ideation in depressed older adults with executive dysfunction. *American Journal of Geriatric Psychiatry, 24*(1), 11-17
Harwood, D. M. J., Hawton, K., Hope, T., Harriss, L., & Jacoby, R. (2006). Life problems and physical illness as risk factors for suicide in older people: a descriptive and case-control study. *Psychological Medicine*, *36*(9), 1265–74.
Hawkley, L. C., & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness matters: a theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine : A Publication of the Society of Behavioral Medicine*, *40*(2), 218–27.
Heisel, M. J., Duberstein, P. R., Talbot, N. L., King, D. A., & Tu, X. M. (2009). Adapting Interpersonal Psychotherapy for Older Adults at Risk for Suicide: Preliminary Findings. *Professional Psychology, Research and Practice*, *40*(2), 156–164.
Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., & Layton, J. B. (2010). Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS Medicine*, *7*(7), e1000316.
Hooghe, M., & Vanhoutte, B. (2011). An ecological study of community-level correlates of suicide mortality rates in the Flemish region of Belgium, 1996-2005. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, *41*(4), 453–64.Lapierre, S., Dubé, M., Bouffard, L., & Alain, M. (2007). Addressing suicidal ideations through the realization of meaningful personal goals. *Crisis*, *28*(1), 16–25.
Lapierre, S., Erlangsen, A., Waern, M., De Leo, D., Oyama, H., Scocco, P., … Quinnett, P. (2011). A systematic review of elderly suicide prevention programs. *Crisis*, *32*(2), 88–98.
LUS vzw. (n.d.). Netwerkgroepen. Retrieved from http://lusvzw.be/wat-doen-we/netwerkgroepen/
Mann, J. J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., … Hendin, H. (2005). Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA*, *294*(16), 2064–74.
Morrow-Howell, N., Becker-Kemppainen, S., & Judy, L. (1998). Evaluating an Intervention for the Elderly at Increased Risk of Suicide. *Research on Social Work Practice*, *8*(1), 28–46.
Murphy, E., Kapur, N., Webb, R., Purandare, N., Hawton, K., Bergen, H., … Cooper, J. (2012) Risk factors for repetition and suicide following self-harm in older adults: multicentre cohort study. *British Journal of Psychiatry, 200*(5), 399-404.
O'Connell, H., Chin, A.-V., Cunningham, C., & Lawlor, B. A. (2004). Recent developments: suicide in older people. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, *329*(7471), 895–9.
Okolie, C., Dennis, M., Thomas, E.S. & John, A. (2017). A systematic review of interventions to prevent suicidal behaviors and reduce suicidal ideaton in older people. *International Psychogeriatrics, 29*(11), 1801-1824.
Oyama, H., Sakashita, T., Hojo, K., Ono, Y., Watanabe, N., Takizawa, T., … Tanaka, E. (2010) Community-based survey and screening for depression in the elderly. The short-term effect on suicide risk in Japan. *Crisis, 31*(2), 100-108.
Oyama, H., Sakashita, T., Ono, Y., Goto, M., Fujita, M., & Koida, J. (2008). Effect of community-based intervention using depression screening on elderly suicide risk: a meta-analysis of the evidence from Japan. *Community Mental Health Journal*, *44*(5), 311–20.
Oyama, H., Watanabe, N., Ono, Y., Sakashita, T., Takenoshita, Y., Taguchi, M., … Kumagai, K. (2005).

Community-based suicide prevention through group activity for the elderly successfully reduced the high suicide rate for females. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *59*(3), 337–44.

P.L.A.N. vzw. (n.d.). *Evaluatiefiche: Project persoonlijke toekomstplanning voor ouderen*. Gentbrugge.

Portzky, G., Audenaert, K., & van Heeringen, K. (2009). Psychosocial and psychiatric factors associated with adolescent suicide: A case–control psychological autopsy study. *Journal of Adolescence*, *32*(4), 849–862.

Reynders, A., Van Heeringen, C., De Maeseneer, J., & Van Audenhove, C. (2009). Onderzoek naar verklarende factoren voor de verschillen in suïcidecijfers in Vlaanderen in vergelijking met Europese landen. *SWVG-rapport*. Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Retrieved from https://biblio.ugent.be/publication/3233526/file/3233541.pdf

Szanto, K., Mulsant, B. H., Houck, P., Dew, M. A., & Reynolds, C. F. (2003). Occurrence and Course of Suicidality During Short-term Treatment of Late-Life Depression. *Archives of General Psychiatry*, *60*(6), 610.

Szanto, K., Mulsant, B. H., Houck, P. R., Miller, M. D., Mazumdar, S., & Reynolds, C. F. (2001). Treatment Outcome in Suicidal vs. Non-Suicidal Elderly Patients. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, *9*(3), 261–268.

Unützer, J., Katon, W., Callahan, C. M., Williams, J. W., Hunkeler, E., Harpole, L., … Langston, C. (2002). Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting: a randomized controlled trial. *JAMA*, *288*(22), 2836–45. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12472325

Unützer, J., Tang, L., Oishi, S., Katon, W., Williams, J. W., Hunkeler, E., … Langston, C. (2006). Reducing suicidal ideation in depressed older primary care patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, *54*(10), 1550–6.

VIGeZ. (n.d.). *Geestelijke gezondheidsbevordering Ouderen (60+): Actief ouder worden en sociale participatie*. Retrieved from http://www.vigez.be/files/geestelijkegezondheid/Ouderen__actief_ouder_worden_en_sociale_participatie.pdf

Waern, M. (2002). Burden of illness and suicide in elderly people: case-control study. *BMJ*, *324*(7350), 1355–1355.

Waern, M., Rubenowitz, E., & Wilhelmson, K. (2003). Predictors of suicide in the old elderly. *Gerontology*, *49*(5), 328–34.

Yeh, S.T., Ng, Y.Y. & Wu, S.C. (2017). Risk of suicide according to the level of psychiatric contact in the older people: analysis of national health insurance databases in Taiwan. *Comprehensive Psychiatry, 74*, 189-195

Young, A., & Klap, R. (2001). The quality of care for depressive and anxiety disorders in the United States. *Archives of General* …. Retrieved from http://psycnet.apa.org/psycinfo/2001-03035-006