

## Advies inzake streefcijfer suicide

Aan de Minister van VWS

Door de Vrije Universiteit, afdeling Klinische Psychologie  
*Amsterdam, 26 februari 2013*

Opdracht: Voorzie het Ministerie van VWS van een advies over het al dan niet hanteren van een meer definitief streefcijfer voor de vermindering van het aantal suicides in Nederland. In het advies zal ingegaan moeten worden op de pro's en contra's van een dergelijk streefcijfer, welke termijn gehanteerd dient te worden, en het percentage van het streefcijfer. In het advies zal ook een Europees perspectief moeten worden geschetst en dienen de huidige economische omstandigheden meegenomen te worden. Dit advies moet gedragen worden door de veldpartijen in suicidepreventie.

## Inhoudsopgave:

Opdracht	1
Inhoudsopgave	2
Samenvatting	3
1. Inleiding	4
2. Samenhang tussen het suïdecijfer en maatschappelijke ontwikkelingen	6
3. Samenhang tussen het suïdecijfer en ontwikkelingen in de gezondheidszorg	6
4. Streefdoelen	7
5. Ontwikkeling van de suïdecijfers sinds 1980	8
6. Streefcijfers internationaal bezien	11
7. Van welke maatregelen zijn de meeste effecten te verwachten?	12
7.1. Beperk de toegang tot middelen tot suïcide	12
7.2. Verbeter de hulpverlening aan suïcidale patiënten	13
7.3. Verbeter de herkenning van suïciderisico en verwijzing naar de gezondheidszorg door Gatekeepers en ondersteun 7/24 telefonische en online hulp	14
8. Een realistisch en ambitieus streefcijfer	15
Bijlage A: Uitgangspunten overheidsbeleid	17
Bijlage B: Beleidsagenda Ministerie van VWS 2008	18
Bijlage C: Realisatie beleidsagenda 2009-2012	19
Referenties	22
Verantwoording	25

## Samenvatting:

### Advies omtrent het streefcijfer:

*Het beleid inzake suïcidepreventie zou er toe moeten leiden dat het gemiddeld aantal suïcides per jaar, gemeten over de laatste vijf jaar, in Nederland met minstens 1% afneemt. Maar eerst moet de stijgende lijn in het aantal suïcides worden omgebogen.*

### Belangrijkste aanbevelingen:

*Alle maatregelen die de werkloosheid bestrijden en de economische recessie tegengaan zullen bijdragen aan de preventie van suïcide. Datzelfde geldt voor maatregelen die het alcoholgebruik en misbruik tegengaan.*

*Ondersteuning van het programma om suïcides op het spoor te voorkomen (afscherming sporen, diverse maatregelen bij overwegen, ik-luisterborden, etc.), zou er toe moeten leiden dat het gemiddeld aantal suïcides op het spoor jaarlijks met minstens 1% afneemt, steeds gemeten over de voorafgaande 5 jaar. Maar eerst moet worden nagegaan of de daling in 2012 een ombuiging betekent van de stijgende lijn.*

*Winst valt te behalen door het bieden van adequate hulpverlening aan suïcidale patiënten in de gezondheidszorg. Alle hulpverleners die werken met suïcidale patiënten zouden binnen drie jaar getraind moeten zijn in de toepassing van de nieuwe Multidisciplinaire Richtlijn voor de Diagnostiek en Behandeling van Suïcidaal Gedrag.*

*Teneinde er voor te zorgen dat mensen met suïcidale gedachten en voornemens snel adequate hulpverlening ontvangen zouden gatekeeperstrainingen door GGZ en GG en GD gestimuleerd dienen te worden zodat meer potentiële gatekeepers suïcidesignalen weten te herkennen, bespreekbaar te maken, en mensen met suïcidaliteit te motiveren tot verwijzing naar huisarts en/of telefonische of online hulpdiensten.*

*Omdat in het huidige economische klimaat het aantal suïcides extra stijgt dienen op dit moment initiatieven te worden genomen door de financiële sector om wanhopige cliënten voor suïcide te behoeden. Hierbij kunnen gatekeepers en telefonische en online hulpdiensten een belangrijke rol spelen.*

## ***1. Inleiding***

De opdracht een advies uit te brengen over het streefcijfer in vervolg op het voorlopige streefcijfer van vijf procent afname per jaar vormt een uitdaging om een complexe en weerbarstige werkelijkheid in een enkel getal samen te vatten. Door de toenmalige Minister van VWS is in 2008 aangegeven dat hij met een streefgetal zou komen zodra er een geschikte indicator zou zijn. Er werd een voorlopige streefnorm gesteld van 5% reductie in het aantal suïcides per jaar te beginnen met het jaar 2009. Al snel werd duidelijk dat deze norm niet gehaald werd. In plaats van 5% reductie per jaar was er sinds 2007 tot en met 2011 juist een stijging van 5% of meer per jaar in het aantal suïcides. Al snel werden twijfels uitgesproken over het realiteitsgehalte van deze voorlopige streefnorm, en de Minister van VWS kondigde in 2012 aan dat zij een nieuw streefcijfer zou bepalen zodra de Multidisciplinaire Richtlijn voor de Diagnostiek en Behandeling van Suïcidaal Gedrag gereed zou zijn. Nu deze richtlijn is verschenen en geaccordeerd is door de beroepsverenigingen, is het tijd om opnieuw na te denken of een streefcijfer gehandhaafd dient te worden en zo ja, over de vaststelling van een streefcijfer dat zowel realistisch is als ambitieus in het richten van beleid.

## ***2. Samenhang tussen het suïcidecijfer en maatschappelijke ontwikkelingen***

Het is niet eenvoudig om veranderingen in het aantal suïcides in een samenleving te herleiden tot maatschappelijke ontwikkelingen, tot beleidsmaatregelen, of tot de effectiviteit van de hulpverlening. In het suïcidecijfer weerspiegelen zich vele omstandigheden en ontwikkelingen, zoals een economische recessie en werkloosheid, het gebruik en misbruik van alcohol, levensomstandigheden van ouderen, de toegankelijkheid van de (geestelijke) gezondheidszorg, de beschikbaarheid van vuurwapens of andere middelen om suïcide te plegen, etc. In het suïcidecijfer weerspiegelt zich de verbondenheid van mensen met elkaar in gedeelde zingeving. De sociale, economische en religieuze context bepaalt de wijze waarop individuen hun leven ervaren en expressie geven aan ziekte, tegenslag, depressie en wanhoop. En deze context verandert langzaam.

Veranderingen in het suïcidecijfer kunnen een weerspiegeling zijn van meerdere ontwikkelingen die tegelijkertijd invloed uitoefenen. Overgang van het giftige mijngas naar het veel minder giftige aardgas in de jaren zestig bijvoorbeeld had invloed op de verschuiving van methoden die bij suïcide werden toegepast en op de absolute aantallen suïcides, maar niet in alle landen in even sterke mate (Clarke and Lester, 1989; Lester, 2011a). De laatste 25 jaar is het aantal suïcides onder ouderen in Nederland meer dan gehalveerd (CBS). Dat heeft, achteraf gezien, waarschijnlijk te maken met verbeterde leefomstandigheden, meer aandacht voor depressie bij ouderen in de huisartsenpraktijk, betere acceptatie van depressie als ziekte door de ouderen zelf, en betere hulpverlening, zowel medicamenteus als psychosociaal. En wellicht voor een klein deel heeft dit te maken met de euthanasiepraktijk van de laatste decennia waardoor mensen meer dan voorheen er op gerust kunnen zijn dat zij, als het sterfbed onacceptabel lijden met zich meebrengt, geholpen zullen worden het lijden te beperken.

Zulke veranderingen weerspiegelen deels autonome processen, voor een deel zijn deze processen beïnvloed vanuit de overheid of vanuit beroepsgroepen (herkenning en behandeling van depressie bij ouderen door de huisarts bijv.).

#### *Causaliteit achteraf geïnterpreteerd.*

Van belang hier is dat de samenhang van ontwikkelingen in de maatschappij met veranderingen in het suïcidecijfer altijd achteraf wordt geïnterpreteerd. Vooraf valt moeilijk te voorspellen dat een maatschappelijke ontwikkeling tot een verandering in suïdecijfers zal leiden. Causaliteit is nu eenmaal in dit verband bijna niet aan te tonen. Wij vermoeden, achteraf gezien, met een zekere mate van waarschijnlijkheid, dat de stijging in het suïdecijfer in de jaren zeventig, begin jaren tachtig van de vorige eeuw te maken had met de individualisering van de samenleving en de ontkerkelijking. En we kunnen deze ontwikkelingen ook in andere landen bestuderen waar deze samenhang meer of minder sterk was naar gelang individualisering en ontkerkelijking meer of minder hebben toegeslagen. En dan dringt zich een plausibele verklaring op, maar bewijs van oorzakelijkheid geeft een dergelijke analyse niet. Tegelijkertijd was er in de begin jaren 80 een ongekend hoge werkloosheid, precies op het moment van het hoogste aantal geregistreerde suïcides in 1984. Dat maakt het moeilijk om afzonderlijke factoren te isoleren en op sterkte te vergelijken.

#### *De relatie tussen alcoholgebruik en -misbruik en het nationale suïdecijfer*

Er is voor zover bekend slechts één enkel natuurlijk experiment waarbij de oorzakelijkheid tussen beleid en het nationale suïdecijfer onomstotelijk is bewezen. In het tijdperk van de Glasnost / Perestrojka onder president Gorbatsjov in de USSR (1985-1990) werden strenge wetten uitgevaardigd omtrent het gebruik van alcohol in Rusland. De productie, distributie en rantsoenering van alcohol werden streng gecontroleerd en strenge straffen werden opgelegd bij herhaalde dronkenschap op het werk, openbare dronkenschap, illegale stokerijen, etc. In deze periode van sterk verminderde alcoholconsumptie per hoofd van de bevolking ging het suïdecijfer onder mannen in de USSR met 32% omlaag, bij de vrouwen met 19%. Aan het abrupte einde van dit tijdperk, met de komst van Jeltsin, werden deze alcoholwetten versoepeld, en schoot het suïdecijfer weer onmiddellijk omhoog tot boven de oorspronkelijke waarden (Varnik, 1997). Ook zien we een correlaties tussen de alcoholconsumptie in verschillende landen en hun suïdecijfers, en tussen suïdecijfers en het aantal doden door levercirrose (Kerkhof, 2007)

De samenhang tussen alcoholgebruik en -misbruik in een samenleving en het nationale suïdecijfer is daarmee zeer waarschijnlijk. Dat wil zeggen dat wij er van uit kunnen gaan dat maatregelen die gericht zijn op het terugdringen van alcoholconsumptie een preventief effect zullen hebben op het suïdecijfer. Dat wil echter niet zeggen dat de maatregelen die Gorbatsjov in Rusland uitvaardigde ook in Nederland hetzelfde effect zouden hebben gehad. Niettemin kunnen we stellen dat er voldoende bewijs is voor deze samenhang en dat maatregelen die de Nederlandse overheid heeft genomen en nog neemt om alcoholgebruik terug te dringen ook een matigend effect zullen hebben op het suïdecijfer.

### *Stabiele verschillen tussen landen*

In alle samenlevingen komt suïcide voor, want overal komen ziekten voor, armoede, tegenslag, depressie en schizofrenie. Over vele decennia heen bestaan er stabiele verschillen in mortaliteit tussen landen of bevolkingsgroepen. Dat heeft met cultuur te maken, met religie, en misschien ook met verschillen in genetische opmaak. En mogelijk ook met verschillen in de toegankelijkheid en effectiviteit van de hulpverlening. Nederland heeft altijd al een laag suïdecijfer gekend in vergelijking met de ons omringende landen België, Frankrijk en Duitsland. Van belang is het om te beseffen dat deze verschillen ook al bestonden in de negentiende en begin twintigste eeuw, lang voordat er überhaupt sprake was van enige vorm van geestelijke gezondheidszorg.

### **3. Samenhang tussen het suïdecijfer en ontwikkelingen in de gezondheidszorg**

#### *Voorgescreven antidepressiva*

Als we kijken naar de enorme verspreiding van antidepressiva in de westerse wereld in de laatste decennia, en in Nederland in het bijzonder, dan zou je mogen verwachten dat het suïdecijfer zou dalen omdat depressie als aandoening het sterkst gerelateerd is aan suïcide. Vele epidemiologische studies hebben gezocht naar het bewijs dat het toenemend gebruik van antidepressiva op nationaal niveau heeft geleid tot vermindering van het aantal suïcides. Een systematisch overzicht van deze studies levert echter geen overtuigend bewijs (Baldessarini en Tondo, 2011). Ook in Nederland leidde het toenemend gebruik van antidepressiva niet tot aantoonbare vermindering van het aantal suïcides. Het aantal voorschriften van antidepressiva steeg van 2,6 miljoen in 1997 tot 6,2 miljoen in 2007, zonder dat er een sterke daling werd gezien in het aantal suïcides (Van Hemert en De Kruif, 2009).

Betekent dit dan dat antidepressiva dus niet helpen bij het tegengaan van suïcide? Ook dat is op grond van deze studies niet mogelijk om te concluderen. Want hoe zouden de suïdecijfers zich ontwikkeld hebben als deze toename in het gebruik van antidepressiva niet had plaatsgevonden? Was het suïdecijfer dan niet veel sterker gestegen en moeten we niet dankbaar zijn dat dankzij de moderne antidepressiva het nationale suïdecijfer stabiel is gebleven? De enige manier om hier achter te komen zou zijn om vanaf een zeker moment geen antidepressiva meer voor te schrijven en dan te kijken hoe het suïdecijfer zich ontwikkelt. En dat is begrijpelijkerwijze onmogelijk. De conclusie is dat de positieve effecten van antidepressiva op individuele suïcidepreventie op nationaal niveau gezien moeilijk aantoonbaar zijn vanwege de methodologische beperkingen in epidemiologisch onderzoek.

#### *Preventieve effectiviteit antidepressiva*

Neemt niet weg dat er in onderscheiden groepen depressieve patiënten voldoende bewijs is voor de preventieve werkzaamheid van antidepressiva, en het is daarom een sterke aanbeveling van de nieuwe multidisciplinaire richtlijn om indien patiënten suïcidaal zijn, bij matige tot ernstige depressie, antidepressiva voor te schrijven. Op het niveau van de gehele

populatie kan echter vooralsnog niet worden aangetoond of opvolging van deze aanbeveling het nationale suïdecijfer zal doen verminderen, dan wel het zal afremmen in een toenemende trend vanwege andere oorzaken.

#### *Toegankelijkheid en effectiviteit hulpverlening*

Tegelijkertijd is er waarschijnlijk wel een verband tussen de toegankelijkheid en effectiviteit van de hulpverlening en de preventie van suïcide. In Nederland heeft 42% van degenen die door suïcide om het leven komen vlak voor dat moment contact met GGZ hulpverlening (Huisman, 2010), en 75% had dat ooit in zijn of haar leven. Deze cijfers geven aan dat in vergelijking tot het buitenland hier veel vaker mensen die worstelen met suïcidaliteit herkend worden en verwezen worden naar de ggz. Hoe vaak suïcidale patiënten in de GGZ effectief behandeld werden en daardoor afzagen van hun voorgenomen suïcide is niet bekend: dat wordt niet geregistreerd door het CBS, en dat kan ook niet worden geregistreerd. Wel is duidelijk dat de toegankelijkheid van acute psychiatrische voorzieningen, continuïteit van (na)zorg, en het toepassen van richtlijnen geassocieerd is met minder suïcides (While e.a., 2012; Pirkola e.a., 2009). Ook is de houding van de samenleving ten opzichte van hulp zoeken van belang. Er zijn verschillen tussen landen en bevolkingsgroepen in de bereidheid psychische problemen onder ogen te zien, hulp te zoeken, en vertrouwen te hebben in de deskundigheid van hulpverleners. Recent onderzoek laat zien dat er aanzienlijke verschillen bestaan in de houding ten opzichte van psychische problemen en hulp zoeken en daadwerkelijk hulpzoekgedrag tussen Vlaanderen en Nederland, verschillen die op regionaal niveau samenhangen met mortaliteit door suïcide (Reijnders e.a., 2013).

Veranderingen in suïdecijfers zijn daarom moeilijk toe te schrijven aan afzonderlijke oorzaken. En het is mogelijk dat verschillende krachten elkaar versterken of dat zij elkaars effect in tegengestelde richting opheffen. Een verbetering van de hulpverlening kan een preventief effect uitoefenen terwijl tegelijkertijd de economische recessie een negatief effect kan hebben.

#### **4. Streefdoelen**

Een streefcijfer drukt een wens uit, een ambitie. Het is de meting van een streefdoel. Het drukt zorg uit en bezorgdheid en een gevoelde verantwoordelijkheid om verbetering aan te brengen in een ongewenste toestand. Een streefcijfer gaat samen met een beleid. Zonder beleid geen streefcijfer, en zonder streefcijfer is er ook geen beleid. Een streefcijfer maakt beleidsdoelstellingen meetbaar, geeft evaluatie aan het gevoerde beleid en zorgt voor actie en bijstelling van het beleid wanneer het doel niet gehaald wordt.

Een streefcijfer wekt vertrouwen dat de overheid zich een ongewenste situatie aantrekt en er ook iets aan doet. Een streefcijfer kan teleurstelling wekken. Een streefcijfer houdt ons alert: gaan we nog wel de goede kant op?

In het navolgende gaan we uit van een gedeelde probleemstelling: dat het een onwenselijke situatie is dat zo veel mensen door suïcide om het leven komen. Dat wij vinden dat veel suïcides voorkomen kunnen worden en dat dat ook vaak te voorkomen is als wij de juiste inspanningen leveren. Dat veel suïcides te maken hebben met stoornissen in het denken en voelen die in principe behandelbaar zijn. Dat veel suïcides onnodig veel leed berokkenen aan de betrokkenen zelf, hun naasten en aan de samenleving. Dat we daarom als samenleving een verantwoordelijkheid hebben om alles in het werk te stellen om suïcides te voorkomen. Dat er uiteraard ook suïcides zijn waarbij betrokkenen bij vol verstand en na rijp beraad hun autonome wens tot zelfbeschikking uitoefenen laat onverlet dat in de meerderheid van de gevallen stoornissen in het denken en voelen een rol spelen die behandeling behoeven. Het is onwenselijk en triest wanneer mensen suïcide plegen zonder dat zij op zijn minst een poging tot hulpverlening hebben ontvangen.

De vraag is hoe wij deze doelstelling in een streefcijfer kunnen omzetten zodanig dat beleidsinspanningen getoetst kunnen worden op hun effectiviteit. Om dat op realistische doch ambitieuze wijze te kunnen doen wordt in het navolgende eerst een overzicht gegeven van de cijfermatige ontwikkelingen van suïcidecijfers in Nederland. Daarna volgt een voorstel voor een streefcijfer. In de bijlagen A-C wordt een beknopt overzicht gegeven van de beleidsmaatregelen die VWS in 2008 heeft aangekondigd en van de uitwerking van deze maatregelen.

## 5. Ontwikkeling van de suïdecijfers sinds 1980

### Grafiek 1.





In grafiek 1 staat een weergave van de ontwikkeling van het suïcidecijfer uitgedrukt in gemiddelde aantallen suïcides per jaar berekend over verschuivende tijdsvensters van 5 jaar (CBS). Deze methode van weergeven middelt schommelingen uit, maar kan ombuigingen in trends toch betrekkelijk snel aangeven. In het begin van de jaren 80 van de vorige eeuw was er sprake van een top rond het jaar 1984 met het hoogste aantal suïcides per jaar ooit in NL: 1902. In het tijdvak 1982 tot en met 1986 waren er gemiddeld 1812 suïcides per jaar. Vanaf 1984 liep het suïcidecijfer gestadig terug naar het laagste aantal suïcides per jaar bereikt in 2007. In dat jaar werden 1353 suïcides geregistreerd door het CBS. In het tijdvak 2005-2009 waren er gemiddeld 1482 suïcides per jaar. Dat houdt in dat tussen 1984 en 2007 het aantal suïcides met 18,3% is afgenomen, ofwel gemiddeld met 0,8% per jaar. De daling in het aantal suïcides komt vooral op rekening van de ouderen: Tussen 1984 en 2007 is het aantal suïcides onder ouderen meer dan gehalveerd.

Deze gegevens behoeven echter enige correctie omdat de opbouw van de Nederlandse bevolking naar leeftijd en geslacht in de loop der jaren belangrijk is veranderd. Standaardisatie naar de leeftijds- en geslachtsverdeling naar de bevolking in 2007 maakt de cijfers voor de verschillende voorafgaande jaren beter vergelijkbaar (Van Hemert en De Kruif, 2009). Dan blijkt de afname in het suïcidecijfer over de jaren 1983 tot en met 2007 eigenlijk groter te moeten worden opgevat, namelijk 38% ofwel gemiddeld 1,9% per jaar.

Sinds 2007 is het aantal suïcides gegroeid, van 1353 in 2007 naar 1647 in 2011. Dat is een vrij abrupte breuk in de trend en een stijging, met bijna 22% in 4 jaar, of meer dan 5% gemiddeld over de laatste 4 jaar. De stijging doet zich het meest voor bij de mannen in de leeftijd van 40 tot 60 jaar.

### *Europese cijfers*

Het bovengeschetste beeld van een langzame daling in het suïcidecijfer tot aan 2007, vooral vanwege de afnemende suïcidecijfers onder de ouderen, en een trendbreuk na 2007, vooral vanwege de stijgende suïcidecijfers onder mannen van 40-60 jaar, is een beeld dat zich in heel Europa voordoet. Analyse van de samenhang in mortaliteit door suïcide (en andere vormen van mortaliteit) met indicatoren van de economische recessie, vooral werkloosheid, wijst uit dat er een samenhang bestaat met werkloosheid (Stuckler, 2009, 2011). Over de jaren 2007-2009 werd gevonden dat in Europa bij een stijging van de werkloosheid met meer dan 3% een stijging van het suïcidecijfer met 4,5% optrad.

In de landen met de meeste economische recessie werd de grootste stijging in het suïcidecijfer gevonden tussen 2007 en 2009: Griekenland 17%, Ierland 13%. In Litouwen was er van 2007 op 2008 zelfs een stijging van 17%. Dat de stijging van de suïcidecijfers vooral merkbaar is in de leeftijdsgroep van 40-60 jarige mannen strookt met de hypothese dat de economische crisis een rol speelt. Zij zijn immers als groep het meest bedreigd of getroffen door ontslag, faillissement, schulden, etc. De relatie tussen de economische recessie en stijgende suïcidecijfers vooral onder mannen wordt ook buiten Europa, in Azië en de VS aangetroffen (Uutela, 2010). Er zijn aanwijzingen dat landen met een sterk sociaal

zekerheidsstelsel bij werkloosheid minder stijging in het suïcidecijfer laten zien dan landen met minder beschermingsconstructies, alhoewel ook hier uitzonderingen zijn (Finland met 5% stijging in het suïcidecijfer bij een sterke sociale zekerheid, Stuckler, 2011; Uutela, 2010).

### Ontwikkeling suïcidecijfer sinds 2000:

Jaar	aantal suïcides	tijdvak	gemiddeld aantal	% verandering tijdvak
2000	1500	1998-2002	1515	+ 0,0%
2001	1473	1999-2003	1511	-- 0,3%
2002	1567	2000-2004	1511	+ 0,0%
2003	1500	2001-2005	1525	+ 0,9%
2004	1514	2002-2006	1515	-- 0,7%
2005	1572	2003-2007	1493	-- 1,5%
2006	1524	2004-2008	1480	-- 0,9%
2007	1353	2005-2009	1482	+ 0,1%
2008	1435	2006-2010	1487	+ 0,3%
2009	1525	2007-2011	1512	+ 1,7%
2010	1600	2008-2011	1552	+ 2,6%
2011	1647	2009-2011	1591	+ 2,5%

Tabel 1 (bron: Centraal Bureau voor de Statistiek)

#### *Werkloosheid in Nederland*

Opmerkelijk genoeg was er in Oostenrijk geen stijging van het suïcidecijfer ondanks toenemende werkloosheid. Oostenrijk is het land in Europa met het laagste werkloosheidscijfer. Nederland volgt onmiddellijk op de tweede plaats met een naar verhouding laag werkloosheidscijfer (CBS, 2012). In Nederland is de relatie tussen werkloosheidscijfer en suïcidecijfer iets anders dan in de rest van Europa. Zo was er van 2007 op 2008 nog een daling in het werkloosheidscijfer (van 4,5% naar 3,8%) terwijl het suïcidecijfer al steeg met 6%. Pas daarna steeg het werkloosheidspercentage met een vol procent naar 4,8% in 2009 met een stijging van opnieuw 6% in het suïcidecijfer. In 2010 steeg het werkloosheidspercentage met 0,6% naar 5,4% en het suïcidecijfer steeg met 5% naar 1600 suïcides. In 2011 tenslotte bleef het percentage werkloosheid in de beroepsbevolking gelijk met 5,4% maar steeg het suïcidecijfer door met 3% naar 1647.

Dit alles lijkt erop te wijzen dat ook in Nederland de invloed van de toenemende recessie, zoals tot uiting komt in een toenemende werkloosheid, merkbaar is in het suïcidecijfer. Maar opmerkelijk is dat in de jaren 2003 tot en met 2006 de werkloosheidspercentages even hoog, zo niet nog hoger waren als in 2010 en 2011. En toen

daalde het suïcidecijfer nog licht. Daar staat weer tegenover dat in 1983 en 1984, ten tijde van de hoogste suïdecijfers in Nederland ooit geregistreerd, ook een ongekend hoog aantal werklozen stond geregistreerd. Kortom, de relatie tussen de economische recessie en nationale suïdecijfers is er waarschijnlijk wel, maar over de tijd gezien niet altijd in even sterke mate, en niet in alle landen even sterk.

In Nederland zijn de laatste jaren gevallen gedocumenteerd van suïcides van klanten van banken naar aanleiding van een gedwongen huizenverkoop, aflossingsproblemen van de hypotheek, van ondernemers die failliet gingen, van mensen met schulden en contacten met incassobureaus en deurwaarders. Een systematisch overzicht hierover ontbreekt. Een rondgang langs enkele afdelingen van banken die belast zijn met het beheer van moeilijk invorderbare schulden leerde ons dat zij meer dan voor 2007 te maken hebben met wanhopige klanten. Een enkeling pleegde suïcide op de stoep bij de bank die hij verantwoordelijk hield voor zijn financiële problemen.

Daarbij speelt uiteraard dat economische tegenslag of werkloosheid vooral dan een extra betekenis krijgen wanneer mensen al depressief zijn en / of angstig of anderszins kwetsbaar. Voor behandelaren in de ggz is het derhalve zaak op te letten op verergering van het toestandsbeeld wanneer cliënten ook met (nieuwe) financiële tegenslag te maken krijgen of met werkloosheid.

#### **6. Streefcijfers internationaal bezien:**

Een internationale vergelijking van streefcijfers voor de reductie van nationale suïdecijfers liet zien dat er in Europa 5 landen zijn die in hun suïdepreventieplannen een streefcijfer noemen (Mashor, 2010):

#### **Streefcijfers internationaal:**

<u>Land</u>	<u>Doelstelling</u>	<u>reductie per jaar</u>
Ierland	10% reductie in 9 jaar	1,1%
Engeland	20% reductie in 15 jaar	1,3%
Schotland	20% reductie in 10 jaar	2,0%
Frankrijk	20% reductie in 5 jaar	4,0%
Nederland	5% reductie per jaar	5,0%

Tabel 2 (bron: Mashor, 2010)

Alle landen hanteren begrijpelijkerwijs langere termijnen voor het realiseren van hun doelstellingen, teneinde schommelingen in het suïdecijfer vanwege incidentele ontwikkelingen uit te middelen.

Opvallend is dat Nederland het meest ambitieuze streefcijfer heeft genoemd. Duidelijk is ook dat zo als het er nu uitziet geen van de bovengenoemde landen ook maar in de buurt van hun streefcijfer zullen eindigen. Ook Ierland niet met een streefcijfer van 1,1 % reductie per jaar terwijl het suïdecijfer steeg met 13% in twee jaar.

## ***7. Van welke maatregelen mogen we de meeste effecten verwachten?***

Gebaseerd op reviews van de literatuur over empirisch bewezen strategieën voor de preventie van suïcide (o.a. Scott en Guo, 2012; Mann e.a., 2005; Mann en Currier, 2011) zijn er enkele terreinen te noemen waar de meeste winst te behalen valt in suïcidepreventie: het beperken van toegang tot middelen, betere training van hulpverleners, waaronder huisartsen, en de inzet en opleiding van gatekeepers. We beperken ons tot de belangrijkste strategieën en hun verband tot de beleidsagenda.

### *7.1. Beperk de toegang tot middelen tot suïcide.*

Duidelijk is dat de het blokkeren van gemakkelijke toegang tot dodelijke middelen een effectieve strategie is. Onze vuurwapenwet zorgt er voor dat maar betrekkelijk weinig mensen in Nederland om het leven komen door gebruik te maken van een vuurwapen. In de VS gaat het in meer dan 50% om suïcides waarbij een geweer wordt gebruikt. Beperkingen in de verkoop van grootverpakkingen paracetamol hebben een aantoonbaar effect op het aantal suïcides en suïcidepogingen. Het is verheugend dat onlangs, in januari 2013, in Nederland de verkoop van grootverpakkingen paracetamol aan banden is gelegd.

Winst in suïcidepreventie is ons inziens te behalen op het spoor. De aantallen suïcides met behulp van de trein stijgen en dalen proportioneel mee met het algemene suïdecijfer en met de intensiteit van het treinverkeer (Van Houwelingen e.a., 2010). In 2011 waren er 215 doden en 19 zwaargewonden door suïcidepogingen. In 2012 waren dat er 203 en 17, een daling van 6% (voorlopige cijfers ProRail). Het is nu nog te vroeg om deze daling aan te merken als een ombuiging van de stijgende lijn. Daarvoor moeten de cijfers eerst gedurende langere tijd (5 jaarsperioden) dalen. Door het afschermen van het spoor door hekken, het verminderen van gelijkvloerse overwegen waar mensen gemakkelijk toegang hebben tot het spoor, diverse maatregelen bij overwegen, afschermen van zogenaamde hotspots, en met behulp van *ik-luisterborden* proberen ProRail en de NS het aantal suïcides terug te dringen. Uit wetenschappelijk onderzoek in Nederland komt duidelijk naar voren dat de intensiteit van het treinverkeer, uitgedrukt in de frequentie waarmee treinen een bepaald punt op het spoor passeren, een directe relatie onderhoudt met het aantal suïcides en dat het afschermen van de toegang tot de treinen en sporen daardoor het meest voor de hand ligt (Van Houwelingen e.a., 2010). In 2012 zijn er op een aantal risicolocaties luisterborden geplaatst (*ik luister*) met verwijzing naar 113Online. De eerste evaluaties laten een mogelijk positief effect zien: 113Online wordt sindsdien regelmatig gebeld door wanhopige mensen die zeggen zich in de nabijheid van het spoor te bevinden terwijl op de achtergrond een trein is te horen. Het beleid van ProRail en de overige partners in de spoorsector om treinsuïcides te voorkomen dient

krachtig te worden voortgezet. Als de stijgende lijn in het aantal spoor-suïcides in het tijdvak 2010-2014 is omgebogen zou daarna een reductie met 1% jaarlijks nastrevenswaard zijn, analoog aan het algehele streefcijfer.

Maatregelen ter preventie van suïcide op het spoor kosten geld. Het is de vraag hoeveel geld de samenleving over heeft om suïcides op het spoor te voorkomen. Daarbij komt dat iedere suïcide op het spoor de samenleving een aanzienlijke bedrag kost. Het is goed om te beseffen dat bij ruimere budgetten veel meer suïcides op het spoor te voorkomen zouden zijn, door middel van een totale afscherming van het spoor, zoals dat bij de hoge snelheidstreinen het geval is, en door afscherming van de perrons door schuivende deuren die pas toegang tot de trein bieden wanneer de trein stilstaat.

## *7.2. Verbeter de hulpverlening aan suïcidale patiënten*

In alle reviews komt deze aanbeveling terug: zorg ervoor dat hulpverleners in de gezondheidszorg adequaat diagnosticeren en behandelen en dat geldt voor alle (BIG) hulpverleners: huisartsen, verpleegkundigen, praktijkondersteuners, hulpverleners in algemene ziekenhuizen betrokken bij de opvang van suïcidepogingen, en hulpverleners in de GGZ. Er is nu de nieuwe Multidisciplinaire Richtlijn voor de Diagnostiek en behandeling van Suïcidaal Gedrag. Daarin staat alle empirische evidentie voor diagnostiek en behandeling en de expert consensus samengebond beschreven. Toepassing van deze richtlijn zal de hulpverlening aan suïcidale patiënten ten goede komen en zal het aantal suïcides van patiënten die onder behandeling zijn doen teruglopen.

Een bekend probleem bij de invoering van een nieuwe richtlijn is dat simpelweg de publicatie ervan niet meteen tot de gewenste verbetering leidt. Daar is een implementatietraject voor nodig waarbij zowel nieuwe als ervaren hulpverleners getraind worden in de toepassing ervan. Op dit moment zijn zo'n 600 hulpverleners in Nederland getraind met behulp van een Train-de-Trainer implementatiestrategie (De Beurs e.a., 2013). De eerste bevindingen zijn positief: hulpverleners doen meer kennis op, ze kunnen beter diagnosticeren en sneller behandelen en verwijzen. Of dit ook op het niveau van de patiënten merkbaar is in een reductie van suïcidegedachten en suïcidaal gedrag wordt nog nagegaan.

De aanbeveling luidt dat alle hulpverleners die in de gezondheidszorg werken met suïcidale patiënten, bij aanvang en met herhaalde tussenpozen getraind worden in de toepassing van de Multidisciplinaire Richtlijn. Op dit moment laten teams zich graag trainen in de toepassing van de richtlijn, maar kostenoverwegingen in de gezondheidszorg leiden ertoe dat deze trainingen maar mondjesmaat plaatsvinden. Ook hoort hierbij dat hulpverleners in de gezondheidszorg en met name de directies van instellingen er voor zorgen dat het Kwaliteitsdocument Ketenzorg bij suïcidaliteit gevolgd wordt. Daarmee wordt de nadruk gelegd op een regionale aanpak van suïcidepreventie waarbij de aansluiting van nazorg op behandeling van een suïcidepoging in het algemeen ziekenhuis wordt gerealiseerd en waarbij continuïteit van zorg voor suïcidale patiënten wordt gewaarborgd. .

Huisartsen spelen hierbij een cruciale rol, in hun functie als poortwachter en supergatekeeper. In het kader van de implementatie van de nieuwe multidisciplinaire richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag zullen huisartsen zich de komende jaren moeten laten trainen in de toepassing ervan. Dergelijke trainingen vonden en vinden al plaats in Leiden e.o., Amsterdam en Friesland.

De verdere toepassing van de richtlijn is uiteraard ook afhankelijk van de toegankelijkheid van de GGZ. De toegang tot de acute geestelijke gezondheidszorg is hierbij van cruciaal belang. Bezuinigingen of financiële drempels (eigen bijdrage) kunnen hier een negatief effect hebben op de preventie van suïcide.

### *7.3. Verbeter de herkenning van suïciderisico en verwijzing naar de gezondheidszorg door gatekeepers en versterk 7/24 telefonische en online hulp*

#### *Versterk telefonische en online hulpdiensten*

Veel mensen met suïcidale gedachten schromen deze gedachten met hun huisarts of hulpverlener te bespreken. Men schaamt zich, denkt dat de problemen misschien vanzelf overgaan, wil het liever zelf oplossen, denkt dat hulpverlening toch niet zal baten, of anticipeert op afwijzing. Deze terughoudendheid is een van de symptomen van een suïcidaal-depressieve aandoening. Veel suïcidale mensen willen wel anoniem met telefonische hulpdiensten bellen (Sensoor) of bellen of chatten met EX6 / 113online of andere telefonische en online hulpdiensten. Deze voorzien dan ook in een grote behoefte aan anoniem menselijk contact in tijden van crisis. De bedoeling van 113online is om zo laagdrempelig mogelijk adequate professionele crisisinterventie en aansluitende kortdurende hulp te bieden en indien nodig te verwijzen naar verdere hulpverlening. De hulpverlening van 113online bestaat nog pas kort. Wetenschappelijk onderzoek hiernaar is in uitvoering (Mokkenstorm, e.a. 2012). Wel is al duidelijk dat het aantal personen dat belt en chat in verband met suïcidaliteit dermate groot is dat het team van hulpverleners van Sensoor/EX6/113Online dat maar nauwelijks kan bijhouden.

Er is voldoende wetenschappelijk bewijs voor de samenhang tussen het functioneren van telefonische hulpdiensten en de suïcidecijfers in de regio (Lester, 2011b, Lester en Rogers, 2012). Het gaat om een klein doch significant effect. Hoe de effectiviteit van online diensten zal blijken te zijn is nog ongewis, maar gezien de grote aantallen chatters verwachten wij dat de preventieve effect van online diensten minstens zo groot zal blijken te zijn als die van telefonische hulpdiensten. De aanbeveling luidt dan ook dat telefonische en online hulpdiensten zoals Sensoor en EX/6 - 113Online verder ondersteund worden vanuit de gemeenten en het Ministerie van VWS. Nieuwe ontwikkelingen in het gebruik van mobiel internet in suïcidepreventie (interactieve diagnostiek, toepassen van veiligheidsprotocollen via aps, etc) zijn veelbelovend maar vooralsnog in een pril stadium (Mishara en Kerkhof, 2013).

### *Leidt gatekeepers op*

Belangrijk in de preventie van suïcide zijn de personen die uit de aard van hun beroep of activiteit in staat zijn de eerste signalen van suïcidaliteit te herkennen. Het betreft hier mensen als pastores, maatschappelijk werkers, leerkrachten, ziekenverzorgenden, politiefunctionarissen, schuldhulpverleners, medewerkers van sociale diensten, etc. In de internationale literatuur wordt het scholen van gatekeepers als een van de meest effectieve strategieën erkend. Internationaal wordt de term Gatekeepers gebruikt omdat zij deuren openen naar de gezondheidszorg. Zij worden geschoold met de QPR training (Question, Persuade and Refer, Quinnet, 2007). In Nederland worden op regelmatige basis gatekeepertrainingen verzorgd door preventieafdelingen van GGZ centra (o.a. Friesland) en GG en GD (o.a. Amsterdam). De bedoeling is dat deze potentiële gatekeepers geschoold worden in het herkennen van signalen die wijzen op suïcidaliteit, deze signalen bespreekbaar maken, de betrokkene proberen te motiveren om hulp te zoeken, en te verwijzen naar de huisarts of naar telefonische of online hulpdiensten. Onderzoek heeft laten zien dat door de inzet van gatekeepers meer suïcidale personen in de hulpverlening terechtkomen (Quinnet, 2007). De aanbeveling hier is dat de trainingscapaciteit van gatekeepers moet worden versterkt. In het bijzonder leerkrachten en leden van ZAT teams zouden kunnen profiteren van deze vaardigheidstrainingen in het herkennen van suïcidale signalen bij (soms gepeste) adolescenten.

### *Financiële sector: leidt gatekeepers op*

Bijzondere aandacht moet uitgaan naar de financiële sector. Gegeven de stijging in het aantal faillissementen, gedwongen huizenverkopingen, schuldsaneringen etc., is de kans groter geworden dat mensen werkzaam in de financiële dienstverlening te maken krijgen met wanhopige suïcidale cliënten. Een van de systeembanken heeft dit probleem in 2012 onderkend en heeft QPR trainingen georganiseerd voor medewerkers van enkele afdelingen die zich bezighouden met moeilijk invorderbare schulden. De deelnemers aan deze trainingen waren tevreden met de verworven vaardigheden in het herkennen van de wanhoop bij hun klanten, het bespreekbaar maken en het verwijzen naar huisarts en 113online. De aanbeveling hier is dat banken, deurwaarders, schuldhulpverleners en alle andere personen en instellingen die betrokken zijn bij financiële dienstverlening, uit hun midden medewerkers afvaardigen voor deelname aan QPR trainingen. Net zo als op elk kantoor van elke bank een medewerker getraind wordt in brandpreventie, zo zou per relevante afdeling een medewerker getraind moeten worden in suïcidepreventie. Zo'n getrainde bankmedewerker kan zijn collega's zo nodig adviseren bij hun wanhopige klanten. Een QPR training kan in een halve dag gegeven worden.

### ***8. Een realistisch en ambitieus streefcijfer:***

Het is niet te verwachten dat de invloed van de economische recessie op het suïdecijfer snel zal verminderen. Tenzij Nederland maatregelen treft die de consequenties in de persoonlijke levens weet te verzachten, of dat mensen weerbaarder worden in hun

omgang met financiële tegenslag en werkloosheid. Gegeven de huidige ontwikkelingen van stijgende suïcidecijfers en stijgende werkloosheid lijkt een ombuiging van de trend in een neerwaartse richting al een heel wenselijk doel.

Na deze ombuiging zou een reductie van jaarlijks minstens 1% al een ambitieuze doelstelling zijn, gegeven de eerdere gemiddelde reductie van 0,8 % per jaar in het tijdvak 1984-2007.

*De aanbeveling is dan ook om een ombuiging in de huidige stijgende trend na te streven en daarna een doelstelling te hanteren van minstens 1% reductie per jaar (over 5 jaarsperioden gemiddeld berekend).*

Ingezet beleid werpt vaak pas op termijn zijn vruchten af. Daarom is het verstandig om verschuivende perioden van vijf jaar te hanteren teneinde stijging of daling vast te stellen. Een streefcijfer geeft ook een ambitie weer. Nu lijkt een aanbeveling van gemiddeld 1% reductie per jaar een nogal minimale doelstelling te weerspiegelen, maar dat is niet het geval. Een reductie van 1% per jaar is meer dan de gemiddelde reductie van 0,8% over de periode 1984 tot 2007. Bovendien is deze aanbeveling zo geformuleerd dat het gaat om *minstens* 1% reductie. Het mag dus ook meer zijn. Maar tegelijkertijd is met het niet halen van dit streefcijfer ook wel een minimum bereikt: als we dat al niet eens halen, dan moet het beleid toch aanzienlijk geïntensiveerd worden. Een termijn voor de gewenste ombuiging in de huidige stijgende trend is moeilijk aan te geven. Als daar in Europa sprake van zou zijn dan zou deze zich ook in Nederland moeten inzetten.



## **Bijlage A. Uitgangspunten Nederlandse beleid inzake suïcidepreventie (2008-2011).**

In het navolgende worden de uitgangspunten van het Nederlandse beleid inzake suïcidepreventie beknopt weergegeven en wordt de beleidsagenda sinds 2008 samengevat. Deze beleidsagenda grijpt terug op aanbevelingen uit het Beleidsadvies Verminderen van Suïcidaliteit door het Trimbos Instituut (Bool, 2007), en het Kaderdocument Nationaal Actieplan Suïcide Preventie van de Ivonne van de Ven Stichting (2003). Deze punten uit de beleidsagenda zijn relevant voor de opdracht om streefcijfers en indicatoren aan te geven.

1. De preventie van psychische stoornissen en van suïcide is vanaf 2010 in overheidsbeleid opgenomen. (Minister van VWS, 26-06-2008. CZ/CGG-2843047), zoals afgesproken op de WHO ministersconferentie in Helsinki 2005.
2. De overheid neemt preventieve maatregelen om geestelijke gezondheidsproblemen aan te pakken. Uitwerking van het Groenboek van de Europese Commissie uit 2005: De geestelijke gezondheid van de bevolking verbeteren.
3. Beleid is gericht op het terugdringen van risicofactoren voor suïcide en andere vormen van suïcidaliteit. Enerzijds door effectieve preventie en behandeling van psychische stoornissen en anderzijds door het voorkomen van risico-verhogende factoren voor suïcide, zoals het voorkomen van alcoholmisbruik.
4. De overheid is een belangrijke partij waar het de openbare geestelijke gezondheidszorg betreft, zoals de preventie van depressie en het voorkómen van alcoholmisbruik en waar het gaat om niet-zorggerelateerde maatregelen, zoals wetgeving op het gebied van bestrijdingsmiddelen, geneesmiddelen en de Vuurwapenwet.
5. Andere partijen leveren een bijdrage aan niet-zorggerelateerde maatregelen: omheining van hoge gebouwen, hekken rond het spoor, en terughoudende berichtgeving in de media bij suïcide.
6. Zorgaanbieders vervullen een voorname rol bij de zorggerelateerde maatregelen, door middel van de preventie en het behandelen van psychische stoornissen volgens beschikbare multidisciplinaire richtlijnen in de ggz, het voorzien van hulp in crisissituaties of het bieden van laagdrempelige hulp aan personen met suïcidaliteit.
7. De Minister van VWS zal streefcijfers vaststellen voor de preventie van suïcidaliteit op het moment dat hiervoor een geschikte indicator aanwezig is. (Min van VWS, 26 juni 2008, CZ/CGG – 2843047). Hij ontvouwt een beleidsagenda.

## **Bijlage B. Beleidsagenda Ministerie van VWS 2008**

Om knelpunten in het suïcidebeleid op te lossen spelen verschillende partijen een rol zo stelt de Minister van VWS: de overheid, de inspectie voor de gezondheidszorg, de koepelorganisaties van zorgaanbieders, de zorgaanbieders en de beroepsgroepen. Elk van deze partijen heeft eigen verantwoordelijkheid

De Minister van VWS maakte een aantal voornemens bekend reagerende op aanbevelingen vanuit het beleidsadvies *Verminderen van Suïcidaliteit* van het Trimbos Instituut . De belangrijkste worden hier afzonderlijk genoemd om vervolgens te kunnen nagaan in hoeverre deze maatregelen in de praktijk zijn toegepast en om na te gaan of op deze onderdelen van beleid streefcijfers of indicatoren zijn aan te geven.

### Aanbevelingen door het Trimbos Instituut en voornemens uit de VWS- beleidsagenda:

#### 1. *Stel streefcijfers voor preventie van suïcidaliteit, zorg voor overheidsregie, realiseer een strategische aanpak:*

- Meerwaarde samenhangende aanpak waarbij verschillende partijen hun verantwoordelijkheid nemen
- Streefcijfers worden vastgesteld zodra er hiervoor een geschikte indicator is
- Minister stelt een beleidsagenda op en voert deze uit
- In overleg met GGD Nederland en RIVM uitbreiden Monitors met vragen over suïcidegedachten en suïcidepogingen (zie verder onder 8)

#### 2. *Verbeter de kwaliteit van zorg bij suïcidepogingen in algemene ziekenhuizen:*

- actualisatie CBO-richtlijn bij Vereniging Consultatieve Psychiatrische verpleegkundigen
- aandringen dat ziekenhuizen lokale richtlijnen en protocollen daadwerkelijk toepassen, en kwaliteitseisen stellen aan personeel van SEH en IC afdelingen

#### 3 en 5. *Verbeter de herkenning van suïcidaliteit en adequate hulpverlening door professionals door kennis te vergroten en vaardigheden te leren:*

- beroepsorganisaties in de GGZ worden gewezen op hun verantwoordelijkheid voor het aanpassen van de opleidingsvereisten en opleidingsprofielen
- Financiële middelen ter beschikking stellen om een signaleringsinstrument te ontwikkelen voor de herkenning van suïcidaliteit bij jongeren

#### 4. *Realiseer een landelijke multidisciplinaire richtlijn suïcidaliteit:*

- Financiële middelen worden hiervoor beschikbaar gesteld

6. *Onderzoek of suïcidepogingen kunnen worden toegevoegd aan de set van prestatie-indicatoren*
  - Stuurgroep Indicatoren maatschappelijke verantwoording OGZ wordt hiervoor gevraagd.
7. *Organiseer aanbod opvang van nabestaanden en lotgenoten*
  - Dit wordt overgelaten aan de gemeenten
8. *Realiseer aanvullend onderzoek en beschrijf de ziektelast van suïcidaliteit*
  - Overleg met ZONMW, Geestkracht en Preventieprogramma
  - Overleg met RIVM over berekening ziektelast

### **Bijlage C. Realisatie van de beleidsagenda 2009-2012**

In het navolgende wordt een beknopte beschrijving gegeven van de uitwerkingen van de beleidsagenda zoals die door ons is waargenomen. Wat betreft het eerste beleidspunt is de onderhavige notitie een onderdeel van het proces dat moet leiden tot het vaststellen van een streefcijfer.

2. - De actualisatie van de CBO-richtlijn bij de Vereniging voor Verpleegkundigen is niet doorgegaan omdat het verpleegkundigen perspectief is ondergebracht in de Multidisciplinaire Richtlijn; In de Multidisciplinaire Richtlijn is een apart hoofdstuk gewijd aan de opvang van suïcidepogers in ziekenhuizen.
  - Toepassing van Lokale richtlijnen: de uitvoering daarvan is overgedragen aan GGZ Nederland. De wijze waarop hieraan uitvoering is gegeven is door suïcidepreventie onderdeel te laten zijn van het programma Veilige zorg, ieders zorg (patiëntveiligheid);
  - Kwaliteitseisen: Ook hiervan is de uitvoering overgedragen aan GGZ Nederland. GGZ Nederland heeft afspraken gemaakt met de betrokken organisaties over de implementatie van de Multidisciplinaire Richtlijn.
- 3 en 5. – De verschillende beroepsorganisaties in de GGZ zijn geweest op hun verantwoordelijkheid in dit opzicht, maar geen van deze organisaties heeft vooralsnog opleidingsvereisten of profielen aangepast.
  - Aan de Vrije Universiteit is door ZONMW een onderzoeksopdracht gegeven om een instrument te ontwikkelen om suïcidaal gedrag te signaleren bij adolescenten uit verschillende herkomstgroepen. De uitvoering van dit onderzoek is vertraagd vanwege (een strikte interpretatie door het CCMO

van) de Wet op het Medisch Wetenschappelijk Onderzoek die het onmogelijk maakt jongeren in het VO beneden de 18 jaar te betrekken in valideringsonderzoek. Niettemin komt in 2013 een signaleringsinstrument beschikbaar voor hulpverleners in de jeugdgezondheidszorg en voor leerkrachten en ZAT teams in het VO via het programma Mental Health Online.

4. Via ZONMW zijn gelden beschikbaar gesteld voor het ontwikkelen van een Multidisciplinaire Richtlijn voor de Diagnostiek en Behandeling van Suïcidaal Gedrag. Vertegenwoordigers van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) en Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN), en vertegenwoordigers van andere beroepsgroepen hebben in samenwerking met het Trimbos Instituut de nieuwe richtlijn ontwikkeld. Deze is in mei 2012 gepubliceerd na accordering door de betrokken beroepsorganisaties (Van Hemert e.a., 2012). De richtlijn is verspreid in druk en via internet, en door congressen en trainingen. De Inspectie voor de Gezondheidszorg beschouwt deze richtlijn als toetsingskader voor het toezicht. De nieuwe Multidisciplinaire Richtlijn omvat ook de aanbevelingen in het Kwaliteitsdocument Ketenzorg bij Suïcidaliteit in 2010 uitgebracht door het Trimbos Instituut (Hermens e.a., 2010).

6. Voor zover bekend zijn suïcidale gedragingen niet toegevoegd aan de set van indicatoren voor de kwaliteit van de hulpverlening. Er heerst in het veld en in onderzoek consensus dat noch de aantallen suïcides noch de aantallen suïcidepogingen zonder meer opgevat mogen worden als een indicatie van tekortschietende hulpverlening. Dat is te zeer afhankelijk van de patiëntenpopulatie en de bijzondere omstandigheden van de betreffende afdelingen.

8. Aanvullend onderzoek via ZONMW: Via het ZONMW Doelmatigheidsprogramma zijn gelden ter beschikking gesteld voor een onderzoek naar de implementatie van de nieuwe richtlijn in de praktijk. Door de VU wordt op dit moment een onderzoek verricht onder 600 hulpverleners van 43 GGZ-afdelingen naar de effecten van een door e-learning ondersteunde Train-de-Trainer implementatie waarbij senior hulpverleners opgeleid worden tot trainers van teams van afdelingen in de GGZ in de toepassing van de nieuwe richtlijnen (De Beurs e.a., 2013).

Via het ZONMW Preventie Programma zijn gelden ter beschikking gesteld aan de VU voor een onderzoek naar de effecten van gatekeeperstraining op regionale suïcidaliteit. In Friesland en in Amsterdam zijn in samenwerking met de GGZ en de GG en GD gatekeepers getraind (leerkrachten, politiefunctiearissen, pastores, maatschappelijk werkenden, etc.) in het herkennen en verwijzen van suïcidaliteit bij personen die zij beroepshalve ontmoeten. Daarnaast worden huisartsen getraind in de toepassing van de nieuwe Multidisciplinaire Richtlijn. Nagegaan wordt of er meer verwijzingen plaatsvinden naar huisartsen en GGZ instellingen en of er minder suïcidepogingen worden behandeld in de ziekenhuizen in de stad/regio.

Binnen ZONMW Geestkracht wordt onderzoek verricht in het kader van de NESDA studie naar suïcidaliteit in relatie tot angst depressie en borderline persoonlijkheidsproblematiek.

Het RIVM heeft ziektelastberekeningen uitgevoerd over suïcide en suïcidepogingen en samen met de VU heeft het RIVM ziektelastberekeningen uitgevoerd over suïcidegedachten. Daaruit is het volgende naar voren gekomen: De ziektelast van suïcide kan worden uitgedrukt in DALY's (Disability Adjusted Life Years). Voor suïcides komt deze berekening uit op 43.500 DALY's. (Hoeymans e.a., RIVM, 2012; Van Hemert en De Kruijf, 2009). Als ook suïcidepogingen in de berekeningen worden betrokken dan stijgt dit aantal tot 90.700 DALY's. Wanneer het lijden dat samengaat met suïcidegedachten bij de berekeningen worden betrokken dan stijgt dit aantal tot 257.000 DALY's hetgeen betekent dat suïcidaliteit qua ziektelast tot de belangrijkste aandoeningen in Nederland behoort, Van Spijker e.a. 2012).

[www.113Online.nl](http://www.113Online.nl)

Niet aangekondigd in de beleidsagenda van de Minister van VWS in 2008 is de oprichting van de Stichting 113Online die zich sinds 2009 richt op de 7/24 hulpverlening aan mensen in suïcidale crisis. Dat gebeurt via een website waar mensen die kampen met suïcidaliteit onmiddellijk via een chat of via de telefoon, contact kunnen krijgen met een vrijwilliger, psycholoog of psychiater. Er zijn mogelijkheden tot e-mail therapie (maximaal 6 sessies), crisis counseling, lotgenotencontact via een forum, een zelfhulpcursus, etc. De website blijkt aan een behoefte aan anonieme hulpverlening te voldoen: de eerste jaren waren er meer dan 100.000 unieke bezoekers. De eerste resultaten zijn gepubliceerd. (Mokkenstorm e.a., 2012). De stichting 113Online wordt gefinancierd door het Ministerie van VWS. Hulpverlening van 113Online richt zich vooral, maar niet uitsluitend, op de doelgroepen die de stap naar de reguliere zorg nog niet hebben.

## Referenties:

Baldessarini, R.J., & Tondo, L. (2011). Psychopharmacology for suicide prevention. In: M. Pompilii, & R. Tatarelli (Eds.). *Evidence based practice in suicidology*. Gottingen, Hogrefe (blz. 243-264).

Beurs, D.P. de, De Groot, M.H., De Keijser, J., Verwey, B., Mokkenstorm, J., Twisk, J.W.R., Van Duijn, E., Van Hemert, A.M., Verlinde, L., Spijker, J., Van Luijn, B., Vink, J., & Kerkhof, A.J.F.M. (2013). 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*, 2013, 14:9doi:0.1186/1745-6215-14-9

Bool, M. (2007) (Red.). *Verminderen van suïcidaliteit: Beleidsadvies*. Utrecht: Trimbos Instituut (206 pp).

Bramer, M. (2010). (Red.). *Suïcidepreventie: aangrijpingspunten voor de publieke gezondheidszorg*. Bilthoven: RIVM. CGL rapportage, 10-01

Centraal Bureau voor de Statistiek. *Persberichten en statline data, 2000-2013*

Clarke, R.V., & Lester, D. (1989). *Suicide: closing the exits*. New York: Springer Verlag

Hemert, A.M. van, & Kruijf, M. de (2009). Dalende incidentie van zelfdoding en veranderende methoden. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 153, B384, 1-6

Hemert, A.M. van, Kerkhof, A.J.F.M., De Keijser, J., Verwey, B. et al. (2012). *Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag*. (NVP, NIP, en V&VN). Utrecht: De Tijdstroom (322 pp).

Hermens M, van Wetten H, Sinnema H. *Kwaliteitsdocument Ketenzorg Suïcidaliteit*. Utrecht: Trimbos Instituut, 2010.

Hoeymans, N., Ten Have, M., Spijker, B.A.J. van, Graaf, R. de, Straten, A. van, Dorsselaer, S. van, Smit, F., Kerkhof, A., Schoemaker, C. (2010). De psychische ziektelast van suïcidaliteit. In: N. Hoeymans en C.G. Schoemaker (Red.). *De ziektelast van suïcide en suïcidepogingen*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, RIVM rapport 270342001/2010 (blz. 23-32).

Van Houwelingen CAJ, Kerkhof AJFM, Beersma DGM. Train suicides in The Netherlands. *Journal of Affective Disorders* 2010; doi:10.1016/j.jad.2010.06.005

Huisman, A. (2010). *Learning from suicides*. Ph. D dissertatie, Amsterdam: Vrije Universiteit

Huisman, A., Robben, P.B.M., & Kerkhof, A.J.F.M. (2013). Further evaluation of the Dutch supervision system for suicides of mental health care Users. *Psychiatric Services*, 64, 1, 10-12. Doi:10.1176/appi.ps.201200400.

Ivonne van de Ven Stichting (2003). *Kaderdocument Nationaal Actieplan Suïcidepreventie*. Amsterdam: Ivonne van de Ven Stichting

Kerkhof, A.J.F.M., Mulder, S. & Draisma, C. (2007). Suïcidepogingen behandeld in Nederlandse ziekenhuizen: Epidemiologie en behandeling. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 85, 48-53

Kerkhof, A.J.F.M. (2007). Afhankelijkheid van middelen en suïcidaliteit. In: C. van Heeringen (Red.). *Handboek suïcidaal gedrag*. Utrecht: de Tijdstroom (pp. 177-188).

Kerkhof, A.J.F.M. & Van Luyn, B.J. (Red.) (2010). *Suïcidepreventie in de Praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum (364 pp.)

Kerkhof, A.J.F.M. (2010). Epidemiologie van suïcidaal gedrag: Trends, patronen en verklaringen. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 6, 432-443.

Kerkhof, A.J.F.M. (2012). Calculating the burden of disease of suicide, attempted suicide, and suicide ideation by estimating disability weights. *Crisis*, 33, 2, 63-65.

Lester, D. (2011a). Evidence based suicide prevention by lethal methods restriction. In: M. Pompilii, & R. Tatarelli (Eds.). *Evidence based practice in suicidology*. Gottingen, Hogrefe Publishers (blz. 233-241)

Lester, D. (2011b). Evidence based suicide prevention by helplines. In: M. Pompilii, & R. Tatarelli (Eds.). *Evidence based practice in suicidology*. Gottingen, Hogrefe Publishers (blz. 139-151)

Lester, D., & Rogers J.R., (2012) (Eds.). *Crisis intervention and counseling by telephone and the internet*. Springfield, ill. Charles C Thomas Publisher.

Mann JJ, Apter A, Bertolote J, e.a. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA* 2005; 294:2064-74.

Mann, J.J., & Currier, D. (2011). Evidence based suicide prevention strategies: an overview. In: M. Pompilii, & R. Tatarelli (Eds.). *Evidence based practice in suicidology*. Göttingen, Hogrefe Publishers (blz. 67-88)

Mashor, S. (2010). *Vermindering van suïcides: Verkenning naar streefcijfers in een aantal Europese landen*. Rapport uitgebracht aan het Ministerie van VWS.

Marquet RL, Bartelds AIM, Kerkhof AJFM, Schellevis FG, Van der Zee J. The epidemiology of suicide and attempted suicide in Dutch General Practice 1983-2003: Trends and opportunities for prevention. *BioMed Central Family Practice* 2005; 6: 45 ([www.biomedcentral.com/bmcfampract/](http://www.biomedcentral.com/bmcfampract/))

Mishara, B., & Kerkhof A.J.,F.M. (2013) (Eds). *Suicide prevention and new technologies*. London, Palgrave – Macmillan.

Mokkenstorm, J., Huisman, A., Kerkhof, AJFM. (2012). Suïcidepreventie via internet en telefoon: 113Online. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 54, 4, 341-348

Pirkola S, Sund R, Sailas E, Wahlbeck K. Community mental health services and suicide rate in Finland: a nationwide small-area analysis. *Lancet* 2009; 373: 147-153.

Quinnet, P. *QPR Gatekeeper training for suicide prevention. The model, rationale and theory*. Washington: The QPR Institute.

Reijnders, A., Scheerder, G., Kerkhof, A., Molenberghs, G., & Van Audenhove, C. (2013). Help seeking for psychological problems, knowledge of health providers and patient satisfaction in low and high suicide rate regions. *Journal of Affective Disorders, under review*

Romijn, G. & Bool, M. (2010). *Regionale aanpak van suïcidepreventie*. Utrecht: Trimbos Instituut.

Scott, A. & Guo, B. (2012). *For which strategies of suicide prevention is there evidence of effectiveness? Kopenhagen*, WHO regional Office, HEN synthesis report.

Van Spijker BAJ. *Reducing the burden of suicidal thoughts through online self-help*. Amsterdam, dissertatie Vrije Universiteit, 2012

Spijker, B.A.J. van, Straten, A. van, Kerkhof, A.J.F.M., Hoeymans, N., Smit, F. (2011). Disability weights for suicidal thoughts and non-fatal suicide attempts. *Journal of Affective Disorders*, doi:10.1016/j.jad.2011.05.020

Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., Coutts, A., & McKee, M. (2009). The public health effects of economic crises and alternative responses in Europe: an empirical analysis. *The Lancet*, 374, 315-323.

Stuckler, D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, & McKee M. (2011). Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data. *Lancet*, 378: 124-125

Ten Have M, van Dorsselaer S, Tuithof M. de Graaf R. *Nieuwe gegevens over suïcidaliteit in de bevolking*. Utrecht, Trimbos Instituut, 2011



Uutela, A. (2010). Economic crisis and mental health. *Current Opinion in Psychiatry*, 23, 127-130.

Varnik, A. (1997). *Suicide in the Baltic countries and in the former republics of the USSR*. Stockholm, Ph.D. Dissertation. Karolinska Institute.

VWS (2008). Standpunt van de Minister van VWS Beleidsadvies Verminderen van Suïcidaliteit. Brief aan de TK: CZ/CGG-2843047.

While D, Bickley H, Roscoe A, Windfuhr K, Rahman S, Shaw J, Appleby L, Kapur N. (2012). Implementation of mental health service recommendations in England and Wales and suicide rates 1997-2006: a cross-sectional and before-and-after observational study. *Lancet*, 379: 1005-1012

Yip PSF, Caine E, Yousuf S, Chang SS, Wu KCC, Chen YY (2012). Means restriction for suicide prevention. *The Lancet*, 379, 2393-2399.

### **Verantwoording**

Bij het opstellen van dit document is advies ingewonnen bij experts in Nederland uit de verschillende beroepsgroepen, 113online, en ProRail. Ondersteuning van het voorgestelde streefcijfer door de verschillende beroepsgroepen en veldpartijen moet nog worden verworven.