

Verminderen van suïcidaliteit

Beleidsadvies

SAMENVATTING

Actualisering van het Advies inzake Suïcide,
Gezondheidsraad 1986

Samenvatting van het Beleidsadvies 'Verminderen van suïcidaliteit'

Menselijk drama, maatschappelijk probleem

Een suïcide is voor de naaste omgeving meestal een grote schok. Naast verdriet en schuldgevoelens, is er soms ook een gevoel van woede. Waarom heeft hij niets gezegd? Hoe durft zij ons zo ontredderd achter te laten? En: hebben we misschien signalen gemist? Hadden we het kunnen voorkomen?

Een suïcidepoging is voor de betrokkene meestal een onvermijdelijke daad, omdat zijn of haar hoop op een betere toekomst vervlogen is. Veel suïcidepogingen zijn bijna publieke uitingen van wanhoop en zeker niet een besluit om er echt een eind aan te maken. Juist uit de poging spreekt de hoop dat iemand te hulp zal snellen.

Over suïcide is veel bekend, maar toch blijft het moeilijk een zelfdoding in een individuele situatie te voorspellen. Wel is bekend wie meer kans loopt tot zo'n daad te komen. Die kans is het hoogst bij mensen die al eerder een poging hebben gedaan of die in gedachten met suïcide bezig zijn.

Preventie van 'suïcidaliteit' (suïcide en het proces dat daartoe kan leiden) begint met het herkennen van de risicofactoren. Naast een eerdere poging is dat bijvoorbeeld een stemmingsstoornis of neuroticisme. Traumatische ervaringen of werkloosheid zijn andere voorbeelden. Hulp- en zorgverleners die vermoeden dat iemand misschien suïcidaal is, zijn echter nogal eens bang om door te vragen. Ook weten ze vaak niet wat te doen als hun vermoeden bevestigd zou worden.

Nederland heeft heel lang een relatief laag en zelfs wat dalend suïcidecijfer gehad. Die daling heeft de laatste vijf jaar niet verder doorgezet. Een betere opvang en preventie van suïcidaliteit is nodig om het cijfer verder te doen dalen. Dit vergt een proces van meerdere jaren. In dit beleidsadvies 'Verminderen van suïcidaliteit' – dat volgt op het 'Advies inzake Suïcide' van de Gezondheidsraad uit 1986 – staan negen aanbevelingen. Deze zijn bedoeld als aanknopingspunten voor een integrale beleidsstrategie, die verschillende partijen stimuleert bij te dragen aan oplossingen van het maatschappelijke probleem van suïcidaliteit.

De inzet van velen én het nemen van uiteenlopende maatregelen zijn essentieel. Het is te vergelijken met het beleid rond verkeersveiligheid. Bij dat beleid spelen landelijke, regionale en lokale partijen een rol. En er is sprake van verschillende interventies die elkaar versterken. De maatregelen variëren van de plicht een gordel te dragen tot de aanleg van drempels en bijvoorbeeld voorlichtingscampagnes over alcohol achter het stuur. Het aantal verkeersdoden is intussen onder de duizend gezakt, terwijl het verkeer alsmaar drukker is geworden. Een integraal verkeersbeleid heeft dus resultaat gehad.

Suïcidaliteit in Nederland

Wat is 'suïcidaliteit'?

Suïcide en het proces dat tot suïcide kan leiden, worden tezamen 'suïcidaliteit' genoemd. Onder suïcidaliteit verstaan we dus het hele spectrum: van suïcidale gedachten en suïcideplannen, tot suïcidepogingen en een daadwerkelijk uitgevoerde zelfdoding.

Suïcidegedachten en suïcidepogingen zijn uitingen van ernstig lijden. Suïcidaliteit gaat niet alleen de mensen zelf aan, maar ook hun familie en vrienden – hun nabestaanden. Ook hulpverleners zijn betrokken, of de bredere omgeving zoals een school of bijvoorbeeld medepatiënten. Suïcidaliteit roept diverse reacties op, uit-

eenlopend van persoonlijk begrip of juist afkeer en van wetenschappelijke belangstelling tot morele betrokkenheid. Deze betrokkenheid kan variëren van afkeuring op morele of religieuze gronden tot hulp bij verzachting van het lijden dat suicidaliteit met zich meebrengt.

Hoe vaak komt het voor?

Iets meer dan 1 procent van alle sterfgevallen in Nederland komt voor rekening van zelfdoding. In 2005 stierven 1572 mensen aan suicide. De maatschappelijke betekenis van zelfdoding is echter groter dan dit cijfer doet vermoeden. Het gaat immers om sterfgevallen die in principe vermijdbaar zijn en die, gemiddeld genomen, op relatief jonge leeftijd plaatsvinden. Bovendien is er meestal een periode van geestelijk lijden aan vooraf gegaan. Ook is de psychische belasting voor de omgeving van het slachtoffer vaak enorm. Zelfdoding wordt wel beschouwd als graadmeter van de 'geestelijke gezondheid' van een samenleving.

Het aantal volwassenen met suicidegedachten is in Nederland vergelijkbaar met andere landen. Dat geldt ook voor het aantal pogingen. Nederland vertoont internationaal gezien wel een relatief laag suicidecijfer. In het 'Advies inzake Suicide' beschrijft de Gezondheidsraad nog een toename in de jaren voor 1986. Deze zorgwekkende ontwikkeling heeft zich daarna echter niet doorgezet. In de laatste twintig jaar zijn vooral onder vrouwen en ouderen (60+) de suicidecijfers gedaald. Onder de ouderen is de daling bij de vrouwen het sterkst.

Onverminderd zorgwekkend blijven de grote verschillen tussen de diverse bevolkingsgroepen. Onder mannen komt suicide meer dan twee keer zoveel voor als onder vrouwen. Ook zien we verschuivingen in leeftijd en etniciteit. Aandacht is vooral nodig voor 20-40 jarigen en mannen van Surinaamse afkomst.

Enkele actuele gegevens

- Zelfdoding komt onder kinderen en jongeren betrekkelijk weinig voor. In 2005 pleegden veertig jongens en elf meisjes onder de 20 jaar suicide. Niet-dodelijk suïcidaal gedrag komt echter relatief veel voor in deze groep, namelijk bij 6,6 procent van de jongeren.
- Onder twintigers is suicide na verkeersongevallen de tweede doodsoorzaak.
- Het aantal volwassenen dat ooit suicidegedachten had is 11,1 procent, terwijl 2,7 procent ooit een suicidepoging deed.
- Jaarlijks denken 410 duizend volwassenen aan suicide, 94 duizend volwassenen doen een poging.
- In totaal belanden jaarlijks 14 duizend mensen in het ziekenhuis na een suicidepoging.

Wat is bekend over de achtergronden van suicidaliteit?

Is suicidaliteit te voorspellen?

Suïcidaliteit is een complex proces. Het is niet mogelijk om in een individueel geval te voorspellen of iemand suicide zal plegen. In algemene zin is kennis over het proces van suicidaliteit van belang om aanknopingspunten voor preventie te vinden. Wanneer, onder welke omstandigheden of door welke oorzaken worden gedachten aan suicide in plannen omgezet? En wat maakt dat mensen die plannen ook uitvoeren? Een risico-inschatting van de aard en ernst van suicidaliteit is dus zeker mogelijk. Dat kan door combinaties van risicofactoren te maken. Zo hebben mensen met suicidegedachten en suicidepogers een sterk verhoogde kans om daadwerkelijk suicide

te plegen. Suïcidaliteit komt meer voor bij volwassenen die in verschillende opzichten kwetsbaar zijn, bijvoorbeeld omdat ze weinig sociale steun hebben of lijden aan een psychische stoornis. Mensen met één of meer van deze problemen ontwikkelen eerder suïcidegedachten en lopen meer risico een suïcidepoging te doen.

Wat zijn risicofactoren voor suïcidaliteit bij jongeren?

Onder jongeren komt niet-dodelijk suïcidaal gedrag relatief veel voor. Zo blijkt uit een Nederlands onderzoek onder scholieren van 11-17 jaar dat 11,2 procent er het afgelopen half jaar over had gedacht een einde aan het leven te maken. 6,6 procent verwondde zich opzettelijk of deed een suïcidepoging. Andere studies laten zelfs hogere cijfers zien. De cijfers onder sommige groepen jongeren van niet-westerse allochtone afkomst zijn verontrustend. In Den Haag worden bijvoorbeeld bij vrouwen tussen 15-24 jaar uit deze bevolkingsgroepen twee tot drie maal meer suïcidepogingen geregistreerd dan bij vrouwen van autochtone afkomst.

Bij adolescenten is suïcidaal gedrag in ruim driekwart van de gevallen impulsief. Er gaat geen nauwkeurige planning aan vooraf. Er is een verband tussen negatieve levensgebeurtenissen in de vroegere jeugd en suïcidaliteit bij adolescenten. Verder spelen gezinsfactoren een rol, zoals seksueel misbruik, lichamelijke mishandeling en emotionele verwaarlozing. Of bijvoorbeeld een psychische stoornis bij een van de ouders. Suïcidale kinderen kunnen het gevoel hebben dat het gezin beter af is zonder hen. Ook bestaan er aanwijzingen dat jongeren suïcidaal gedrag soms imiteren.

Wat zijn risicofactoren voor suïcidaliteit bij volwassenen?

Suïcidegedachten en suïcidepogingen ontstaan bij volwassenen vaak onder invloed van negatieve levensgebeurtenissen, neuroticisme (zoals gevoelig zijn voor verlieservaringen) en bijvoorbeeld jeugdtrauma's. Ook gebrek aan sociale steun en eenzaamheid vormen een risico. Vooral levensgebeurtenissen die samengaan met schaamte, vernedering, verlies of mislukking kunnen tot suïcidaliteit leiden. Denk bijvoorbeeld aan huwelijks- of relatieproblemen, familieruzies of werkloosheid. Maar ook een verhuizing of pensionering kunnen aanleiding zijn voor het ontwikkelen van suïcidegedachten. Hoewel er geen rechtstreekse lijn is van suïcidegedachten naar suïcide, bestaat er in een deel van de gevallen wel degelijk een sterke relatie.

Zijn er beschermende factoren?

Er is relatief weinig bekend over de specifieke rol van beschermende factoren en veerkracht bij suïcidaliteit. Er zijn aanwijzingen dat bijvoorbeeld cognitieve vaardigheden (zoals intelligentie), zelfbeeld en zelfwaardering beschermende factoren zijn. In zelfhulp of lotgenotencontact zou men op deze factoren kunnen aangrijpen. Ook goede relaties met de directe omgeving en steun vanuit bijvoorbeeld organisaties als de school of het leger kunnen suïcidaliteit helpen voorkomen. Nader onderzoek naar mogelijke interventies op dit terrein is nog wel nodig.

Hoe is suïcidaliteit te verminderen?

Ontwikkelingen sinds 1986

In zijn adviesopdracht aan het Trimbos-instituut schrijft de minister van Volksgezondheid dat de verbetering van de geestelijke gezondheidszorg sinds 1986 heeft bijgedragen aan een dalend suïdecijfer. Volgens hem lijken de grenzen van dit beleid te zijn bereikt, aangezien het aantal suïcides de laatste jaren niet verder daalt. Daarvoor zijn waarschijnlijk aanvullende maatregelen nodig, aldus de minister in zijn opdrachtbrief.

Uit het onderzoek voor dit beleidsadvies blijkt dat de voornemens uit het 'Advies inzake Suïcide' van de Gezondheidsraad (1986) en de 'Discussienota Suïcidepreventie' (1989) van het toenmalige kabinet niet zijn vertaald in een actieplan met toetsbare doelstellingen. Vooral de discussienota richt zich bij mogelijke interventies groten-

deels tot de hulpverlening en geeft beperkt aanknopingspunten voor interventies in het proces van suïcidaliteit. Daarmee zijn mogelijkheden om aan preventie te doen vrijwel onbenut gelaten. Inmiddels is meer bekend over het proces van suïcidaliteit. Dit biedt aangrijpingspunten om alsnog gericht aan preventie te werken.

Is preventie van suïcidaliteit mogelijk?

Interventies die zich richten op risicofactoren of risicogroepen kunnen bijdragen aan vermindering van suïcidaliteit. De psychologische problemen, sociale kwetsbaarheden en psychische aandoeningen die met deze problematiek verbonden zijn, bieden daarvoor aanknopingspunten. Preventie van suïcidaliteit zou zich moeten richten op mensen die in verschillende opzichten kwetsbaar zijn, bijvoorbeeld omdat ze weinig sociale steun ervaren of een psychische stoornis hebben. Effectieve preventie vergt dus het voorkomen en behandelen van psychische stoornissen en het weerbaarder maken van mensen. Ook het voorkomen van suïcidegedachten, of deze in een vroeg stadium ombuigen, is kansrijk. Verder is het leren omgaan met negatieve effecten van problemen van belang.

Suïcidaliteit is een complex volksgezondheidsvraagstuk dat vraagt om een veelomvattende aanpak. Het is van belang om op diverse beleidsterreinen verschillende benaderingen en interventies naast elkaar te realiseren.

Wat is bekend over effectiviteit van interventies?

Er zijn enkele interventies waarvan is bewezen dat ze suïcidaliteit rechtstreeks beïnvloeden. Zo kunnen bepaalde psychologische behandelingen of behandelingen met medicijnen suïcidaliteit verminderen. En op het terrein van preventie zijn effecten aangetoond van programma's die gericht werkten met voorlichting en trainingen, en met richtlijnen om mensen met suïciderisico's te signaleren en te verwijzen.

Studies die effectiviteit aantonen zijn in veel gevallen gericht op specifieke problemen, groepen of gemeenschappen. Het is niet duidelijk of deze interventies ook in andere gevallen werken. Goed onderzoek naar de effecten van interventies vraagt om een duidelijke programmering, bijvoorbeeld uit te werken door ZonMw.

Het belang van een landelijke aanpak

Zestien van de 52 Europese landen (naast enkele andere landen) hebben de afgelopen decennia nationale actieplannen ontwikkeld en uitgevoerd. Het gaat om integrale programma's die op nationaal niveau zijn vastgesteld en die door (semi)overheidsinstellingen worden uitgevoerd. De Nederlandse overheid heeft zich uitgesproken voor een EU-strategie ter verbetering van de geestelijke gezondheidszorg. In de jongste preventieplannen van het kabinet is depressie een van de vijf prioriteiten. De activiteiten kunnen uitgebreid worden met een landelijke aanpak rond suïcidepreventie. Zo'n aanpak kan bijvoorbeeld worden uitgewerkt door een partnerschap zoals dat rond alcohol- en depressiepreventie in ontwikkeling is. Daarin werken relevante landelijke partijen doelgericht aan concrete doelstellingen voor een bepaalde periode.

Wat moet er gebeuren in de openbare gezondheidszorg?

De overheid heeft de grondwettelijke taak de volksgezondheid te bevorderen. De Wet op de collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv) is daarvan een uitwerking. Deze wet verplicht zowel de nationale overheid als de gemeenten tot maatregelen op het terrein van de zogeheten 'openbare gezondheidszorg': gezondheidsbescherming, gezondheidsbevordering en ziektepreventie.

In dat kader zijn verschillende maatregelen te nemen. Allereerst liggen die op het gebied van de registratie van gegevens. Zo kunnen de diverse (regionale) gezondheidsmonitoren aangevuld worden met gegevens over suïcidaliteit (gedachten en pogingen). Daarnaast zijn activiteiten in het publieke domein relevant, bijvoorbeeld maatregelen die de 'beschikbaarheid van middelen' verminderen. Voorbeelden zijn de verkrijgbaarheid van medicatie, veiligheid van het spoor en de beveiliging van hoge gebouwen.

Een andere maatregel in het publieke domein is mediabeleid bij suicides. Ten slotte is het van belang vanuit de openbare gezondheidszorg te werken aan de bevordering van de geestelijke volksgezondheid. Dat kan bijvoorbeeld door voorlichting, het signaleren van risicogroepen en het inzetten van interventies bij bepaalde doelgroepen, zoals jonge allochtone vrouwen.

Er gebeurt in de openbare gezondheidszorg al het een en ander. Zo bevatten monitoren al diverse belangrijke indicatoren, bijvoorbeeld over risicofactoren als alcohol- en druggebruik, psychosociale problemen, angst en depressie. Ook zijn er interventies beschikbaar bij uiteenlopende psychische problemen. Denk aan depressiecurssussen of aan ondersteuningsgroepen voor familieleden van psychiatrische patiënten. De verbinding tussen uiteenlopende activiteiten op de verschillende deelterreinen ontbreekt echter. Er is nog geen sprake van een overkoepelende, landelijke aanpak van suicidepreventie. Bovendien is er onvoldoende coördinatie, afstemming, evaluatie en verankering van beleid. Ook is het wenselijk een adequate aansluiting te realiseren tussen vroegsignalering en uiteenlopende vormen van hulp. Inmiddels zijn er voor een integrale aanpak goede voorbeelden voorhanden, zoals de hierboven genoemde gecoördineerde aanpak van depressiepreventie.

Wat moet er gebeuren in de zorg?

Gezondheidszorgprofessionals komen relatief vaak in aanraking met personen die kwetsbaar zijn voor suicidaliteit. Een deel van hun patiënten of cliënten heeft immers te maken met psychiatrische of lichamelijke aandoeningen of met slechte sociale omstandigheden. Professionals in de zorg kunnen een belangrijke bijdrage leveren aan goede herkenning van suicidaliteit, inschatting van het suiciderisico en aan een adequate behandeling. Aandacht voor suicidaliteit in de bestaande multidisciplinaire richtlijnen (waaronder die voor schizofrenie en depressie) schiet echter tekort. Er is een aparte multidisciplinaire richtlijn nodig om preventie en zorg bij suicidaliteit doeltreffender en doelmatiger te maken.

Een goede opvang van mensen die na een suicidepoging in het ziekenhuis belanden, is uiterst belangrijk. Dat vergt deskundigheid bij artsen, verpleegkundigen en bij medewerkers van de afdelingen spoedeisende hulp, opname en intensive care. Voor de opvang in ziekenhuizen is een landelijke richtlijn ontwikkeld. Daarnaast heeft 40 procent van de ziekenhuizen beschreven hoe zij de beoordeling, behandeling en nazorg bij een suicidepoging regelen. De kwaliteit van deze lokale richtlijnen is echter onvoldoende en de uitvoering in de praktijk is niet optimaal. Een psychiatrisch consult na een poging is tegenwoordig wel geregeld. Het ontbreekt vooral nog aan goede nazorg en heldere afspraken hierover met instanties in de regio.

Screening op depressie in de huisartsenpraktijk en educatie aan huisartsen over depressie leiden tot lagere suicidecijfers. De richtlijn depressie van het Nederlands Huisartsen Genootschap adviseert huisartsen om bij patiënten met depressieve klachten naar suicidegedachten te vragen. Dat blijkt nog onvoldoende te gebeuren.

Ook een goede opvang van nabestaanden van suicide ontbreekt, terwijl velen behoefte hebben aan professionele ondersteuning. Zij kunnen ernstige problemen ontwikkelen, waaronder zelfs suicidaliteit. De huisarts kan op dit punt een sleutelrol spelen. Bij preventieafdelingen van GGZ-instellingen en via zelfhulpgroepen is er overigens wel hulp voor nabestaanden. Het is echter niet duidelijk of het aanbod de juiste mensen bereikt en of het effectief is.

Worden professionals opgeleid om goed met suicidaliteit om te gaan?

Voor het beleidsadvies 'Verminderen van suicidaliteit' is bij verschillende opleidingen nagegaan welke kennis en vaardigheden men er leert op het gebied van suicidaliteit. In het algemeen geldt dat de attitude en vaardigheden van professionals

bij suicidaliteit kan verbeteren door hier in de opleidingspraktijk meer tijd aan te besteden. Professionals in de zorg moeten het risico op suicidaliteit leren inschatten en gesprekken kunnen voeren met suïcidale patiënten of cliënten, hun naasten of nabestaanden.

In de opleiding van psychiaters is aandacht voor de attitude in de omgang met suicidaliteit. Men oefent echter niet concreet met gesprekken over dit thema. In de eindtermen wordt suicidaliteit nu wel opgenomen. Opleiders van huisartsen schatten in dat er bij deze beroepsgroep een kennistekort is. Bij de GZ-psychologen is de kennisoverdracht in de opleiding voldoende, maar er is meer aandacht voor vaardigheden gewenst. Bij het maatschappelijk werk wisselt de behandeling van het thema per opleiding en specialisatierichting. In de opleiding van verpleegkundigen ten slotte komt suicidaliteit niet in de wettelijke eindtermen voor. Vooral verpleegkundigen die zich in de GGZ specialiseren, komen het thema in hun opleiding wel tegen, zij het in beperkte mate.

Wat moet er de komende tien jaar gebeuren?

Aanknopingspunten voor integraal beleid

Er zijn veel mogelijkheden om de komende tien jaar een effectievere behandeling en preventie van suicidaliteit op te zetten. Kennis over het verschijnsel is sinds 1986 toegenomen door bevolkingsonderzoeken naar suïcidegedachten en -pogingen. Ook is er inmiddels een grotere kennis over interventies. Er zijn meer bewezen effectieve interventies en er is binnen en tussen beroepsgroepen meer consensus over uiteenlopende maatregelen. Die consensus kan uitgedrukt worden in een multidisciplinaire richtlijn voor preventie en zorg bij suicidaliteit en in een nieuwe richtlijn voor opvang bij suïcidepogingen in ziekenhuizen.

Interventies kunnen verschillen per situatie (afhankelijk van de achtergrond van de problematiek) en per setting (school; geestelijke gezondheidszorg; eerstelijnszorg, bijvoorbeeld huisarts, eerstelijnspsycholoog, maatschappelijk werk). Al deze interventies moeten goed op elkaar aansluiten. Dat vergt een samenhangend beleid, en dat kan alleen tot stand komen door een landelijke aanpak op hoofdlijnen onder verantwoordelijkheid van de overheid. Niet voor niets luidt de eerste aanbeveling in dit beleidsadvies dat de overheid streefcijfers moet opstellen voor preventie van suicidaliteit, en moet zorgen voor regie bij het nemen van maatregelen. De overheid is aan zet om een strategische aanpak te realiseren, met een goede landelijke en regionale taakverdeling.

Het belang van een nationale aanpak wordt wereldwijd steeds breder onderschreven. De Wereldgezondheidsorganisatie WHO en de Europese Unie benadrukken de meerwaarde ervan. Enkele afzonderlijke landen (Nieuw-Zeeland, Engeland, Schotland) hebben een nationaal actieplan opgesteld. Een toegankelijke (geestelijke) gezondheidszorg van goede kwaliteit, met aandacht voor preventieve én curatieve zorg, zijn daar steevast onderdeel van.

Ook in ons land is eerder al nagedacht over een nationale aanpak. In juni 2003 presenteerden de Ivonne van de Ven Stichting en de Depressie Stichting het 'Kaderdocument Nationaal Actieplan Suïcide Preventie'. Dit document was een belangrijke aanleiding voor de adviesaanvraag van VWS aan het Trimbos-instituut. Een andere aanleiding was het zogenoemde 'Green Paper' van de Europese Commissie (2005), waarin de lidstaten zich uitspreken om tussen 2005 en 2010 de preventie van psychische problemen en suïcide te bevorderen.

Mogelijkheden én beperkingen van preventie van suicidaliteit

De geestelijke gezondheidszorg faalt in de ogen van familie of naasten nogal eens in het voorkomen van suïcides. Die kritiek leidde voorheen soms tot een wat afwe-

rende houding. In de loop van de tijd is een opener en minder defensieve opstelling van professionals in de geestelijke gezondheidszorg ontstaan, mede als gevolg van inzicht in de eigen beperkingen om suicides te kunnen voorkomen. Het is belangrijk te blijven waken voor een maatschappelijke sfeer waarin de zorg verwijten krijgt suicides niet adequaat te (kunnen) voorkomen. Dat kan er immers toe leiden dat professionals weer terug in hun schulp kruipen.

Wanneer we de lijn doortrekken dat zich bij sommige mensen situaties voordoen dat niemand (ook de geestelijke gezondheidszorg niet) nog andere alternatieven te bieden heeft voor suicide als 'uitkomst' van bepaalde problemen, dan is erkenning van ondraaglijk en uitzichtloos lijden op zijn plaats. Hulp daarbij is geregeld in de euthanasiewet. Sommigen vinden overigens dat dit wettelijk kader tekort schiet, en staan een andere praktijk voor. In het beleidsadvies 'Verminderen van suicidaliteit' is dit thema niet verder uitgewerkt, om de aandacht meer op de preventieve kant te richten.

De negen aanbevelingen uit het beleidsadvies 'Verminderen van suicidaliteit'

Naar een integrale beleidsstrategie

De negen aanbevelingen in het beleidsadvies hebben tot doel bij te dragen aan een vermindering van de verschillende vormen van suicidaliteit. De focus van de aanbevelingen ligt niet zozeer op het voorkomen van suicidegedachten. Het gaat vooral over het mogelijk daarop volgend proces, zoals suicideplannen, suicidepogingen en suicides. De aanbevelingen zijn gericht op risicogroepen die in uiteenlopende settingen benaderd kunnen worden.

In de aanbevelingen komen verschillende beleidsterreinen aan de orde die relevant zijn voor de aanpak van vermindering van suicidaliteit. Deze beleidsterreinen overstijgen het domein van de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg. Het gaat dan onder meer om de eerstelijnszorg, de ziekenhuiszorg en de preventieve kant van de openbare geestelijke gezondheidszorg. Ook andere beleidsterreinen zijn relevant, zoals onderwijs (in verband met suicidaliteit bij jongeren), en vervoer (in verband met suicidaliteit op het spoor). Het gaat uiteindelijk om het creëren van een beleidsmatige samenhang, waardoor een 'keten' van preventie naar de behandeling van suicidaliteit mogelijk wordt. De inbreng vanuit de ervaringen van cliënten/patiënten en familie en andere naasten is daarbij wenselijk.

Dit alles vraagt om een integrale beleidsstrategie die verschillende partijen stimuleert bij te dragen aan oplossingen. Een complex probleem als suicidaliteit valt niet uitsluitend met losstaande interventies op te lossen. Het vergt een proces van langdurige samenwerking en kennisontwikkeling. En daarvoor is weer regie en sturing nodig om het proces op gang te brengen, te monitoren en te evalueren. De rijksoverheid speelt daarin een centrale rol als het gaat om het ontwikkelen van landelijke maatregelen, de lokale overheid wanneer een regionale aanpak aangewezen is.

De integrale strategie die het beleidsadvies bepleit, moet uiteindelijk leiden tot een toetsbare vermindering van suicidaliteit. Streefdoel daarbij: het aantal suicides, suicidepogingen en herhaalde suicidepogingen nemen de komende vijf jaar elk met 10 procent af. De negen aanbevelingen op de volgende bladzijde kunnen leidraad zijn om dat doel te bereiken.

Negen aanbevelingen ter vermindering van suïcidaliteit

- 1) Stel streefcijfers voor preventie van suïcidaliteit, zorg voor overheidsregie bij het nemen van maatregelen en realiseer een strategische aanpak met een landelijke en regionale taakverdeling.
- 2) Verbeter de kwaliteit van zorg bij suïcidepogingen in algemene ziekenhuizen door de richtlijn voor opvang bij suïcidepogingen te actualiseren en onderdeel van beleid te maken, en door kwaliteitseisen aan personeel te stellen.
- 3) Verbeter herkenning van suïcidaliteit en adequate hulp door professionals, door kennis te vergroten en vaardigheden aan te leren. Maak suïcidaliteit bespreekbaar en leer professionals met het thema om te gaan.
- 4) Realiseer een landelijke multidisciplinaire richtlijn suïcidaliteit die de bestaande richtlijnen voor beroepsgroepen aanvult en die als basis dient voor lokale protocollen en richtlijnen binnen zorginstellingen.
- 5) Verbeter kennis en vaardigheden om met suïcidaliteit om te gaan door hiervoor curricula in uiteenlopende opleidingen voor zorgverleners te maken. Ontwikkel procesindicatoren om de voortgang te kunnen volgen.
- 6) Onderzoek of de toevoeging van suïcidepogingen aan de prestatie-indicatoren in zowel de zorg als de openbare (geestelijke) gezondheidszorg meerwaarde oplevert.
- 7) Realiseer regionaal een laagdrempelig en flexibel aanbod voor de opvang van en hulp aan nabestaanden (volwassenen en kinderen), en realiseer lotgenoten-hulp voor suïcidale mensen. Waarborg de aanpak met procesindicatoren.
- 8) Realiseer aanvullend onderzoek naar suïcidaliteit waarover relatief weinig bekend is, beschrijf de ziektelast van suïcidaliteit en neem diverse uitkomstmaten van suïcidaliteit mee in lopend onderzoek.
- 9) Breng ethische en juridische vragen en vraagstukken over gedwongen opname en hulp bij suïcide zorgvuldig in kaart.

Colofon

Deze publicatie is een samenvatting van het beleidsadvies 'Verminderen van suicidaliteit; actualisering van het Advies inzake Suicide, Gezondheidsraad 1986'. Het beleidsadvies is een uitgave van het Trimbos-instituut, in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Auteurs

Martijn Bool (red.)
Judith Blekman
Siska de Jong
Marijke Ruiten
Ineke Voordouw

Bijdragen

Maaïke Doeven
Iman Elfeddali
Christina van der Feltz-Cornelis
Joop Garssen
Jan Hoogenboezem
Paul Schnabel (voorwoord beleidsadvies)

Samenvatting

Marc van Bijsterveldt

Artikelnummer

AF0791

Deze samenvatting is gratis te downloaden via www.trimbos.nl/producten.

Het volledige beleidsadvies is te bestellen bij het Trimbos-instituut: via www.trimbos.nl/producten of via de Afdeling bestellingen, postbus 725, 3500 AS Utrecht **E** bestel@trimbos.nl, onder vermelding van artikelnummer AF0742 (u krijgt een factuur voor de betaling).

Kijk ook op www.trimbos.nl en www.lsp-preventie.nl.

© 2007, Trimbos-instituut, Utrecht.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande toestemming van het Trimbos-instituut.