

**Visiestuk omtrent suicide
preventie van Stichting Het
Robertshuis.**

Inleiding

Het Robertshuis tracht met dit visiestuk nader in te gaan op het vraagstuk suicidepreventie in Nederland. Verdeeld over 9 hoofdstukken proberen we een beeld te schetsen van gegevens, oorzaken, aanpak, beleid, redenen, hulpverlening, etc rondom suicide. Dit document is voor het Robertshuis het vertrekpunt om hier verder beleid op te ontwikkelen en door te voeren binnen de Stichting.

1. Gegevens over suïcide in Nederland

Aantallen:

Rond 1500 personen per jaar komen door suïcide om het leven. Dit komt neer op zo'n 4 tot 5 suïcides per dag, of iets meer dan 1% van alle overlijdensgevallen. Er komen meer mensen om het leven door suïcide dan in het verkeer of door AIDS.

In de tweede helft van de vorige eeuw was er een piek van 1902 suïcides in 1984. Daarna zijn de aantallen langzaam afgenomen tot 1500 in het jaar 2000. In 2001 waren 1473 doden door suïcide te betreuren (Tabel 1). De laatste tien jaren is het suïcidecijfer betrekkelijk stabiel. In 2002 was er een plotselinge stijging met 6% naar 1567 suïcides.

De stijging van het aantal suïcides in de jaren zeventig had waarschijnlijk te maken met individualisering en ontkerkelijking, de afname van het aantal suïcides sinds 1984 waarschijnlijk met verbeterde levensomstandigheden van en hulpverlening aan ouderen.

De daling sinds 1984 komt grotendeels op rekening van de ouderen. De suïcidecijfers onder personen van 70 jaar en ouder zijn in nog geen twintig jaar gehalveerd. Dat betekent dat de levensomstandigheden van ouderen sterk verbeterd zijn. Ouderen van nu zijn gezonder, kapitaalkrachtiger en mobieler. Zij hebben meer mogelijkheden tot communicatie met familieleden en vrienden, zij participeren intensiever in het sociale verkeer. De geestelijke gezondheidszorg voor ouderen is verbeterd: vroegtijdiger onderkenning van depressie,

betere antidepressiva en psychotherapie.

Dit sluit echter niet uit dat er nog steeds mogelijkheden zijn om het aantal suïcides onder ouderen verder terug te dringen. Want in 2002 overleden nog 395 personen van 60 jaar en ouder door suïcide (waaronder 221 personen van 70 jaar en ouder).

Omdat het aantal suïcides onder ouderen zo sterk gedaald is, zijn sinds kort de suïcidecijfers van mannen tussen de 30 en 60 jaar en vrouwen tussen de 40 en 60 jaar naar verhouding betrekkelijk hoog .

Onder jongeren en jong volwassenen behoort suïcide tot de twee belangrijkste doodsoorzaken. Elk jaar komen gemiddeld 45 jongeren onder de twintig jaar door suïcide om het leven (13 meisjes en 32 jongens). Beneden de 15 jaar komt suïcide gemiddeld 7 keer per jaar voor: 5 jongens en 2 meisjes. In het tijdsvak 1996-2000 was er een lichte stijging onder jongens van 15 tot 19 jaar (Tabel 3).

Onder mannen komt suïcide twee maal zo vaak voor als onder vrouwen. Vrouwen lijken in het algemeen minder kwetsbaar voor suïcide omdat zij meer relaties onderhouden met kinderen, familieleden en vrienden. Mannen lijken kwetsbaarder omdat zij hun identiteit vaker ontlenen aan prestaties. Bovendien zijn mannen minder dan vrouwen geneigd tot het zoeken van hulp voor emotionele problemen. Suïcide komt meer voor onder gescheidenen en verweduwden. Suïcides komen voor in alle geledingen van de samenleving. Het aantal suïcides varieert met de seizoenen met een piek in de lente en vroege zomer.

Regionale en internationale verschillen:

In katholieke landsdelen komt suïcide minder vaak voor dan in vrijzinnig protestantse gebieden. In rechtzinnig protestantse gebieden komt suïcide weer minder voor. Deze regionale verschillen in mortaliteit door suïcide bestaan al vele decennia. Dergelijke verschillen wijzen op maatschappelijke factoren die beschermen tegen suïcide.

Vergeleken met de ons omringende landen zijn de Nederlandse suïcidecijfers lager dan in België, Frankrijk en Duitsland,

vergelijkbaar met Engeland, Schotland en Ierland, en hoger dan in Italië, Spanje, Portugal en Griekenland. In de Baltische Staten, in Rusland, Hongarije en Finland komt suïcide aanzienlijk vaker voor. Dergelijke verschillen wijzen erop dat suïdecijfers samenhangen met sociaal-culturele en economische ontwikkelingen.

Methoden:

Bijna de helft van de mannen die suïcide plegen gebruikt ophanging als methode. Vrouwen kiezen in een derde van alle gevallen voor ophanging. Het gebruik van een overdosis medicijnen komt twee maal zo vaak voor bij vrouwen als bij mannen. Jaarlijks vinden 180 suïcides plaats door voor een trein te springen.

Het gebruik van een vuurwapen komt in Nederland zelden voor, in ongeveer 3% van alle gevallen. In de Verenigde Staten worden vuurwapens in circa 57% gebruikt. De keuze van de methode wordt mede beïnvloed door de beschikbaarheid van verschillende methoden. In de jaren vijftig en zestig van de vorige eeuw werd in Nederland het giftige mijn gas veelvuldig gebruikt voor suïcide (in 22%). Na de omschakeling naar het minder toxische aardgas werd gas/koolmonoxide uiteindelijk nog slechts gebruikt in 1% van alle suïcides. Het gebruik van medicijnen bereikte een piek in 1974, toen in 25% van alle gevallen medicijnen werden gebruikt. Nu is dat nog in 15% het geval. Deze verandering hangt samen met het uit de markt nemen van barbituraten en mogelijk met het gebruik van nieuwe antidepressiva die minder toxische effecten hebben bij overdosering.

Hulpverlening:

De helft van degenen die suïcide plegen ontving voorafgaande aan dat moment hulp van de geestelijke gezondheidszorg. Driekwart had ooit eerder hulp van de GGZ ontvangen. Deze cijfers zijn hoger dan in het verleden. Dat wijst er weliswaar op dat de GGZ steeds beter in staat is om mensen met een verhoogd suïciderisico te identificeren en in behandeling te nemen, maar niettemin zijn er velen, naar schatting de helft van alle gevallen, die voorafgaande aan de suïcide geen adequate hulp van de GGZ ontvingen.

Redenen:

Elke persoon die suïcide pleegt heeft unieke redenen om dat te doen. Toch zijn er in psychologisch opzicht enkele algemene motieven te onderkennen. Mensen die suïcide plegen doen dat omdat zij zich bedreigd voelen in hun meest belangrijke bestaansredenen. Zij denken uiterst negatief over hun toekomst. Zij zijn wanhopig over het huidige leven en over de mogelijkheden hun huidige levensomstandigheden te verbeteren. Door suïcide te plegen beschermen zij zich tegen verder onheil of verdere aftakeling. De situatie waarin iemand suïcide pleegt wordt vaak voorafgegaan door een lange periode van psychisch en/of lichamelijk lijden, waarin de kwaliteit van het leven zoals waargenomen door het individu, in sterke mate is verminderd. Veel voorkomende motieven zijn: niet langer geestelijke pijn te willen ervaren, niet langer te willen lijden onder een depressie, hallucinaties of andere consequenties van een psychiatrische aandoening, niet langer te beseffen dat men eenzaam is, niet verder te willen leven zonder een overleden dierbare, de wens niet nog een keer opgenomen te moeten worden in een psychiatrisch ziekenhuis, of niet opnieuw een gevangenisstraf te moeten uitzitten, niet langer verslaafd te willen zijn, het verlangen niet langer te lijden aan een lichamelijke ziekte of aandoening, of de wens anderen niet langer tot last te zijn.

2. Gegevens over suïcidepogingen in Nederland

Aantallen:

Naar schatting ondernemen per jaar 140 per 100.000 vrouwen suïcidepogingen, tegenover 85 mannen. Sommigen ondernemen binnen een jaar meerdere suïcidepogingen. Niet alle pogingen leiden tot ziekenhuisbehandeling. Een aantal (15%) wordt alleen door de huisarts behandeld. In Nederland gaat het om naar schatting 20.000 suïcidepogingen die jaarlijks medisch behandeld worden, waarbij in 10.000 gevallen met ziekenhuisopname. Daarnaast zijn er vele pogingen die niet medisch behandeld worden, bijvoorbeeld omdat de betrokkenen geruime tijd bewusteloos zijn en na het bijkomen geen actie ondernemen. In totaal betekent dit minstens 30.000 suïcidepogingen in Nederland per jaar, ofwel 20 suïcidepogingen in verhouding tot elke suïcide.

Ten minste 15% van de Nederlandse bevolking heeft ooit serieus

overwogen suïcide te plegen. Zo'n 4% van de bevolking heeft ooit een suïcidepoging ondernomen (al dan niet behandeld), terwijl zo'n 3% van de vrouwen en 2% van de mannen ooit in hun leven een suïcidepoging heeft ondernomen die tot medische behandeling leidde. Vooral onder jongeren is er sprake van niet-dodelijk zelfbeschadigend gedrag. Conservatieve schattingen uit onderzoeken die sinds 1990 werden verricht onder middelbare scholieren stellen dat jaarlijks zo'n 15.000 scholieren zichzelf opzettelijk beschadigen. Volwassenen zoals ouders en leerkrachten zijn hier zelden van op de hoogte.

Suïcidepogingen komen vaker voor bij vrouwen dan bij mannen, 1,5 maal zo vaak. Het betreft vooral jonge mensen in de leeftijd van 15 tot 44 jaar, met de hoogste cijfers in de leeftijd van 15 tot 34 jaar voor vrouwen en 25-34 jaar voor mannen. Suïcidepogingen komen vaker voor onder gescheidenen, werklozen, WAO-ers, laag opgeleiden, en mensen die opgenomen zijn (geweest) in een psychiatrisch ziekenhuis.

Van degenen die een eerste suïcidepoging ondernemen recidiveert zo'n 40% binnen enkele jaren. Het recidiverisico is het grootst in de eerste 3 maanden na medische behandeling als gevolg van een suïcidepoging. De meeste mensen die in een ziekenhuis worden gezien na een suïcidepoging hebben al eerder een poging ondernomen. Op termijn overlijdt 10% aan een nieuwe suïcidepoging.

Internationale verschillen:

In vergelijking met Engeland, België, Frankrijk, Zweden, Denemarken, en Hongarije kent Nederland een lager aantal suïcidepogingen per bevolkingseenheid. Nederland kent vergelijkbare aantallen als Duitsland en Oostenrijk. Italië en Spanje hebben weer lagere aantallen. Bijna overal komen suïcidepogingen vaker voor onder jonge vrouwen. Recente cijfers laten echter een toename zien van suïcidepogingen onder jonge mannen.

Methoden:

Suïcidepogingen worden voornamelijk ondernomen met behulp van medicijnen (80%), waarvan in een derde van de gevallen in

combinatie met alcohol, en door middel van polssnijden (15%).

Hulpverlening:

Van degenen die suïcidepogingen ondernemen heeft de helft op dat moment hulp van de geestelijke gezondheidszorg. Drie kwart heeft ooit GGZ-hulp ontvangen. Na een suïcidepoging volgt meestal een aanbod voor verdere GGZ-hulpverlening of een verwijzing naar de huisarts. In veel gevallen leidt zo'n verwijzing niet tot voortgezette behandeling in de GGZ.

Redenen:

Suïcidepogingen verschillen onderling nogal. Sommige pogingen worden zo voorbereid dat het waarschijnlijk is dat de betrokkene eraan zal overlijden, maar door een toevallige samenloop van omstandigheden gebeurt dat niet en wordt de betrokkene nog net op tijd gered. Andere pogingen lijken er vooral op gericht te zijn aandacht en hulp te mobiliseren. Sommige pogingen zijn ambivalent: zowel gericht op de dood als op het verder leven. Twee basismotieven zijn meestal te onderscheiden: de wens het bewustzijn van narigheid (psychische pijn) al dan niet tijdelijk te stoppen (Cry of Pain), en de wens verandering aan te brengen in een ondraaglijke situatie door het mobiliseren van anderen (Cry for Help). Een suïcidepoging is derhalve vaak zowel een wanhopige schreeuw om aandacht en hulp, als een uiting van een doodswens. Een suïcidepoging vormt ook een dreiging voor een volgende, wellicht dodelijke poging.

Suïcidepogingen dienen derhalve altijd serieus genomen te worden. Hoe beter wij in staat zijn hulp te bieden na een suïcidepoging, hoe beter wij in staat zijn suïcides te voorkomen.

3. Suïcideroutes

Er zijn verschillende routes die tot suïcide leiden, routes die verschillen in snelheid en herkenbaarheid. Emotionele kwetsbaarheid is een van de basisdeterminanten. Suicide kan meestal begrepen worden als de uitkomst van een langdurig proces met verschillende stadia. In eerdere stadia staan interpersoonlijke conflicten meer op de voorgrond, terwijl latere stadia steeds onafhankelijker zijn van omgevingsinvloeden.

Suicide na vele jaren van suïcidale episoden en suïcidepogingen.

Een frequente route naar suicide betreft mensen met langdurige psychiatrische aandoeningen: depressie, bipolaire stoornis, schizofrenie, alcohol en drugsmisbruik, en persoonlijkheidsstoornissen. De levensgeschiedenissen worden gekarakteriseerd door traumatisering, door langdurige relationele problemen, psychiatrische behandelingen, levenslange tegenslag, armoede, werkloosheid, en een langdurig patroon van suïcidepogingen. Suïcidaliteit kan hier worden opgevat als een expressie van een langdurige kwetsbaarheid voor emotionele stoornissen en verminderde weerbaarheid ten opzichte van stressvolle levensgebeurtenissen. Het suïciderisico is voortdurend aanwezig en voelbaar voor naasten en hulpgevers. Suïcides in dit traject komen eigenlijk nooit als een complete verrassing. Ook al denkt men reeds vele jaren aan suicide, het moment van de suicide kan impulsief gekozen zijn. Preventie richt zich hier op het terugdringen van suïcidaliteit bij groepen met een hoog risico.

Suicide na afwisselende suïcidale episoden

Een ander frequent patroon vertoont episoden van intense suïcidale verlangens afgewisseld met perioden waarin het suïcideverlangen verdwenen is. De kwetsbaarheid voor suïcidaliteit is soms intens aanwezig, bijvoorbeeld na teleurstellingen, en dan weer gedurende langere perioden afwezig. Suïcidepogingen zijn bekend in de voorgeschiedenis. Het suïciderisico kan plotseling weer de kop opsteken na een teleurstelling of krenking. Suïcides in dit traject komen vaak als een verrassing, ondanks de eerdere suïcidale episoden.

Suicide na een enkele suïcidale episode

Minder vaak voorkomend, en vaak onverwacht en schokkend, is de suicide die volgt op een enkele tegenslag bij personen die een min of meer gelukkig en productief leven leiden. Of de suicide die plotsklaps uit de lucht komt vallen. Kenmerkend is een geestelijke ineenstorting na verlies van een partner, verlies van een baan, na een vernedering, of na een bericht van een invaliderende ziekte. De crisis wordt gekenmerkt door hopeloosheid en depressie. Het toekomstbeeld is ineens uiterst negatief geworden. Eerdere suïcidepogingen zijn

zeldzaam in dit traject. Betrokkenen raken in een emotionele crisis waarin zij een onweerstaanbare drang tot suïcide ervaren. Het suïcidale voornemen is vaak slechts een korte tijd aanwezig, en de keuze van het moment kan impulsief bepaald zijn, in een plotselinge opwelling, en in staat van grote emotionele ontreddeering. De toevallige aanwezigheid of beschikbaarheid van een methode om suïcide te plegen kan de doorslag geven, zoals de nabijheid van een spoorweg, een hoogte, de beschikbaarheid van een vuurwapen.

Suïcide na het opmaken van de balans

Balanssuïcides komen slechts zelden voor. Het gaat om (oudere) mensen die in alle gemoedsrust en uit vrije wil suïcide plegen na een rationele afweging van toekomstmogelijkheden en beperkingen. Ook wordt gesproken van de “klaar met leven” – suïcide. Geheel onterecht wordt door het publiek en beleidsmakers deze vorm van suïcide exemplarisch geacht voor alle suïcides (“ze kiezen er toch zelf voor”). In feite gaat het echter maar om een klein percentage, naar schatting minder dan 5%, terwijl bij verreweg de meeste suïcides er sprake is van emotionele ontreddeering, depressie, wanhoopskeuze en impulsiviteit.

4. Risicogroepen

De belangrijkste risicofactoren voor suïcide zijn depressie, hopeloosheid en impulsiviteit. Depressieve patiënten die wanhopig raken over hun toekomst en een negatief zelfbeeld hebben, vertonen het hoogste risico. Ook patiënten met schizofrenie, alcohol en drugsmisbruik, of persoonlijkheidsstoornissen hebben een verhoogd risico, vooral op momenten dat zij depressief zijn. Vooral wanneer meerdere stoornissen tegelijkertijd optreden is het risico op suïcide of een suïcidepoging aanwezig. Depressie of depressieve klachten zijn nagenoeg altijd aantoonbaar in de aanloop tot suïcide. Dit alles betekent niet dat depressieve stoornissen de enige oorzaak zijn van suïcides, want verreweg de meeste depressieve patiënten plegen geen suïcide. Suïcide is altijd meervoudig gedetermineerd, er zijn nog andere zaken nodig, zoals een dreigende scheiding, of verlies van een dierbare, die een opeenstapeling van leed veroorzaken. Daarbij spelen persoonlijkheidseigenschappen een rol, zoals impulsiviteit en

agressiviteit, het onvermogen om interpersoonlijke conflicten op te lossen, rigiditeit en de neiging tot zwart-wit denken, en de langdurige kwetsbaarheid voor emotionele ontregeling. Van al degenen die door suïcide om het leven komen heeft de helft eerder niet-dodelijke pogingen ondernomen

Deze risicofactoren gelden ook voor degenen die geen GGZ-hulpverlening ontvingen vlak voor de suïcide. Uit onderzoek met behulp van de psychologische autopsie (na de suïcide wordt getracht de aanloop te reconstrueren aan de hand van gesprekken met familieleden en hulpverleners) blijkt dat er in nagenoeg alle gevallen sprake is geweest van depressieve klachten en emotionele crisissituaties. Een aanzienlijk deel van degenen die suïcide pleegden en geen hulp hadden van de geestelijke gezondheidszorg blijken geleden hebben aan depressieve klachten die in principe behandelbaar zouden zijn geweest.

Bekende risicogroepen zijn voorts: gedetineerden die onlangs zijn ingesloten in een huis van bewaring of gevangenis, arrestanten die onlangs zijn ingesloten in een politiecel, asielzoekers en vluchtelingen, mensen met meerdere traumatische levensgebeurtenissen, mensen met somatische ziekten, en mensen met eerdere suïcidepogingen.

Risicogroepen voor suïcidepogingen zijn o.a. getraumatiseerden (b.v. vrouwelijk slachtoffers van seksueel geweld), depressieve patiënten en patiënten met een borderline stoornis, jonge verslaafden, en patiënten die al eerder suïcidepogingen ondernamen. Suïcidepogingen komen onevenredig vaak voor onder laag opgeleiden, werklozen, gescheidenen, en jongeren uit onstabiele levenssituaties. Sommige groepen verdienen extra aandacht: allochtone meisjes en jonge vrouwen in het algemeen en in het bijzonder Hindustaanse meisjes in Den Haag en omstreken die al jaren een verhoogde frequentie van suïcidepogingen laten zien, asielzoekers en vluchtelingen.

De kennis van risicofactoren op basis van verschillende studies die in de afgelopen jaren werden verricht, biedt ons de concrete mogelijkheid suïcides terug te dringen door gerichte acties naar

risicogroepen.

5. Gevolgen van suïcide voor nabestaanden en anderen

Suïcide maakt grote indruk op direct en indirect betrokkenen. De suïcide van een leerling raakt een hele klas en school. Zeker wanneer de suïcide op school plaatsvindt en leerlingen of docenten getuige zijn van een sprong uit een raam, of de overledene aantreffen. Er is dan veel nazorg nodig om het schoolleven weer te kunnen oppakken. De suïcide van een opgenomen psychiatrische patiënt raakt de hele afdeling van een ziekenhuis of instelling. Directe familieleden zijn het meest geraakt. Partners, ouders, kinderen, broers en zussen en verdere familieleden ervaren vaak ernstige consequenties die vele jaren kunnen duren. Bij elke suïcide zijn tenminste vijf personen direct als nabestaande betrokken. Schuldgevoelens komen frequent voor, en nabestaanden komen terecht in een extra gecompliceerd rouwproces. Agressieve gevoelens, schuld- en schaamtegevoelens kunnen elkaar afwisselen. In het rapport omtrent suïcidepreventie van de gezondheidsraad (1986) werden nabestaanden als speciale risicogroep aangemerkt. Pas onlangs zijn er enkele regionale initiatieven genomen om deze groep pro-actief hulp aan te bieden.

Hulpverleners zoals psychiaters, psychologen en verpleegkundigen, maar ook huisartsen, kunnen ernstig geraakt worden door de suïcide van hun patiënt gedurende de behandeling. Sommigen ondervinden als gevolg hiervan ernstige consequenties in hun beroepsmatig functioneren (trauma-infectie).

Bij suïcides zijn ook vaak treinbestuurders, conducteurs, politiefunctionarissen, brandweer- en ambulancepersoneel betrokken. Het is genoegzaam bekend hoeveel impact een suïcide kan hebben voor treinbestuurders, die soms meerdere malen geconfronteerd worden met een suïcide voor hun trein. Sommige treinbestuurders zijn vanwege de suïcides die zij meemaakten arbeidsongeschikt geraakt. Politiefunctionarissen die spoedig na het overlijden betrokken raken, bijvoorbeeld bij het ruimen van lichaamsdelen, of die vergeefs hebben getracht iemand te weerhouden om van een hoogte te springen, ook zij kunnen last krijgen van emotionele na-effecten of van posttraumatische klachten. Dat geldt ook voor uitvaartondernemers

die het lichaam toonbaar moeten maken.

Maar ook het gewone publiek kan getuige zijn van een suïcide die plaatsvindt in de openbare ruimte. Omstanders die iemand zich van een perron voor de trein zien werpen, reizigers in de

trein, kinderen die er getuige van zijn dat iemand van een flat springt. Sommige pogingen tot suïcide vinden plaats op een markt, in een stadhuis of in een rechtszaal. Soms zelfs berokkent degene die zich het leven beneemt schade aan anderen, bijvoorbeeld wanneer iemand met een auto op een tegenligger botst, of wanneer iemand zich tracht te vergassen met explosiegevaar, of zich verbrandt, en daarbij onschuldige burens of medebewoners treft.

6. Suïcidepreventie in Nederland

Suïcidepreventie omvat een groot aantal multidisciplinaire activiteiten die in onderlinge samenhang toegepast het aantal suïcides en suïcidepogingen trachten te verminderen. Suïcidepreventie is niet alleen een taak voor de gezondheidszorg, maar ook voor de politie, voor justitie, voor scholen, voor de Nederlandse Spoorwegen, voor de wetenschap, voor de media, kortom voor een groot aantal actoren die allen een steentje kunnen bijdragen aan het verminderen van het aantal suïcides en suïcidepogingen. De centrale vraag hierbij is tweeledig:

1. Zijn de reeds bestaande preventieve activiteiten voldoende, rekening houdende met de actuele kennis omtrent risicofactoren en risicogroepen in de samenleving?;
2. Zijn de activiteiten van al deze actoren op elkaar afgestemd teneinde de mogelijkheden tot preventie te optimaliseren?

Suïcidepreventie in Nederland is tot op heden vooral een zaak van de gezondheidszorg. Dat is enerzijds voor de hand liggend omdat suïcidaliteit in de meeste gevallen ook een gezondheidszorgprobleem is. Het gaat in de meeste gevallen om mensen die vanwege emotionele problemen wanhopig zijn en geen toekomst meer denken te hebben. De gezondheidszorg in Nederland staat op een hoog peil en heeft ongetwijfeld ertoe bijgedragen dat het aantal suïcides in de laatste twintig jaar is afgenomen. De geestelijke gezondheidszorg is in

algemene zin zeker in staat mensen te weerhouden suïcide te plegen. In individuele gevallen worden nochtans veel fouten gemaakt. Door goede behandeling, door crisisinterventie, door spoedopname in een psychiatrisch ziekenhuis, desnoods tegen de wil van de betrokkene in, etc., door al deze maatregelen wordt gestalte gegeven aan preventie van suïcide in Nederland. De beroepsgroepen in de gezondheidszorg trachten door middel van opleiding, nascholing de deskundigheid van professionals te bevorderen. De vraag is echter of de gezondheidszorg genoeg doet om nog meer suïcides te voorkomen. Binnen de gezondheidszorg zijn een aantal verbetermogelijkheden aan te geven die het suïcidepreventiebeleid een krachtige impuls zouden geven, zoals:

- In de opleidingen tot huisarts, psycholoog en psychiater zou structureel meer systematische aandacht moeten zijn voor suïcidepreventie. Dat is nu slechts incidenteel en mondjesmaat het geval.

- Nascholing en deskundigheidsbevordering van huisartsen en GGZ-hulpverleners zou veel daadkrachtiger ter hand genomen moeten worden. Het niveau van kennis en vaardigheden voor suïcidepreventie is niet bij alle professionals gewaarborgd. 9

- De opvang van suïcidepogers in ziekenhuizen zou verbeterd moeten worden. Suïcidepogers zouden op systematische wijze begeleid moeten worden om hen van adequate nazorg te voorzien. Personeel van eerste hulp, interne en IC afdelingen zou geschoold en bijgeschoold moeten worden.

- De nazorg van suïcidepogers zou veel intensiever ter hand genomen moeten worden. De GGZ zou i.s.m. de universiteiten, meer initiatieven moeten ontplooien om behandelprogramma's te ontwikkelen die recidive van suïcidaliteit tegengaan.

- De behandeling van moeilijk behandelbare suïcidale patiënten zou meer dan tot nu toe het geval is moeten geschieden op basis van case-management, waarbij aandacht is voor de

relaties van de patiënt met zijn omgeving en aansluiting van GGZ- hulpverlening op andere vormen van hulp.

- De behandeling van depressieve patiënten is te vaak uitsluitend medicamenteus. Integratie van farmacotherapie en psychotherapie is noodzakelijk

- Een tekort van beddencapaciteit voor crisisopname beperkt de GGZ in het opzicht van suïcidepreventie.

- De gezondheidszorg laat een aantal mogelijkheden tot suïcidepreventie onbenut. Zoals het structureel toepassen van een behandelbeleid voor recidiverende suïcidepogers, en het voorkomen van suïcidepogingen vlak na ontslag uit het psychiatrisch ziekenhuis door een actief nazorgbeleid.

- De GGZ moet meer oog hebben voor de problemen van nabestaanden: dezen hebben immers een verhoogd risico op emotionele stoornissen en suïcidaal gedrag. Bedreigingen voor de effectiviteit van suïcide preventie in Nederland zijn o.a. de bezuinigingen op de beschikbaarheid van crisisbedden in de acute psychiatrie en de plannen van de regering om de toegankelijkheid van psychotherapie te beperken. Het grootste probleem met betrekking tot suïcidepreventie is dat vele suïcidale personen niet op tijd ter attentie komen van de hulpverlening en dat de hulpverlening te geïsoleerd van de rest van de samenleving opereert om in te grijpen in suïcidale ontwikkelingen. Ook al is de gezondheidszorg in principe beschikbaar en bereikbaar, toch komen veel suïcidale personen niet of niet op tijd in de gezondheidszorg terecht. Veel depressieve klachten worden niet als zodanig herkend. Veel depressieve personen onderkennen bij zichzelf niet dat zij er ernstig aan toe zijn. Ziekte-inzicht ontbreekt nogal eens. Wanhopige depressieve mensen lijden soms in stilte, vragen niet om hulp, en glijden langzaam af in de richting van een suïcidale crisis. De gezondheidszorg grijpt derhalve suïcidaliteit aan in het kader van secundaire preventie: het terugdringen van suïcidaliteit bij groepen met een hoog risico. Maar de GGZ doet weinig in het kader van primaire preventie: het voorkomen dat

mensen een risico op suicide ontwikkelen. Daarvoor is een andere benadering nodig, een benadering gericht op gezondheidsbevordering (public health approach). Het is ook in dit opzicht dat het Nederlandse preventiebeleid tekort schiet.

10

7. Gegevens over onderzoek naar suicide en suicidepreventie in Nederland

In Nederland, of door Nederlanders, zijn de laatste decennia enige studies verricht naar suicide en suicidepreventie. Deze studies waren internationaal gezien van hoge kwaliteit. Toch zijn het aantal wetenschappers en de omvang van de onderzoekssubsidies op het terrein van de suicidologie zeer beperkt. Over de laatste twintig jaar is het aantal wetenschappelijk onderzoekers die zich voor een belangrijk deel met deze problematiek bezighouden op de vingers van één hand te tellen. Vergeleken met onderzoek naar andere doodsoorzaken is dit uitzonderlijk weinig. Deze stand van zaken weerspiegelt het gebrek aan betrokkenheid met en inzicht van de samenleving in de aard van de problematiek en voor de mogelijkheden om deze problematiek doelgericht aan te pakken. Dit onbegrip is zichtbaar in de ethische discussie die bij tijd en wijle oplaait over de vraag of de samenleving het recht heeft om iemand die suicide wil plegen daarvan te weerhouden. Kennelijk beïnvloedt deze houding ook de financiering van onderzoek in Nederland.

Onderzoek naar suicidaal gedrag in Nederland is niet gecoördineerd en wordt niet aangestuurd door een beleidsplan.

Onderzoeksbevindingen hebben weinig uitstraling naar de praktijk en onderzoek wordt ook niet gestuurd door praktijkvragen.

Zelfs t.a.v. oorzaken van suicide weten we eigenlijk maar weinig. Er is geen recent onderzoek naar de redenen en achtergronden van suicide in Nederland: er zijn geen psychologische autopsiestudies. Derhalve is het niet mogelijk de vinger aan de pols te houden en veranderingen in het beeld op te merken. Zo is het in Nederland niet duidelijk hoeveel van de personen die suicide plegen op dat moment leden aan een behandelbare ziekte. De gegevens die we hebben zijn veelal van buitenlandse oorsprong. Ook is nog nooit onderzoek

gedaan naar de achtergronden van suïcides die plaatsvinden op de Nederlandse spoorwegen. Gerichte preventiemaatregelen zijn derhalve niet te baseren op degelijke onderzoeksbevindingen.

Suïcidaliteit dient breder gezien te worden dan alleen de gevallen met dodelijke afloop. In vele echelons in de gezondheidszorg en daarbuiten vindt men personen die in meerdere of mindere mate suïcidaal zijn maar daarvoor geen gerichte hulp ontvangen (gevangenissen, politiebureaus, huisartsenpraktijken, spoedeisende hulpposten, etc). De kosten voor de samenleving zijn veel hoger dan direct uit de sterftestatistieken zijn af te leiden.

Het verdient aanbeveling in een aantal regio's in Nederland het suïcidale spectrum volledig in kaart te brengen om zodoende de kosten voor de gezondheidszorg, voor de samenleving, voor naasten en nabestaanden, en voor de individuen zelf in kaart te brengen: dalende suïcidecijfers hoeven geenszins te betekenen dat daarmee de economische of persoonlijke kosten ook afnemen.

In Nederland zijn tot nu toe geen studies verricht naar de economische kosten gerelateerd aan suïcidaal gedrag. Op grond van buitenlandse studies blijkt dat de jaarlijkse kosten voor medische behandeling van zelf toegebracht letsel een groot deel vormen van de totale medische kosten van eerste hulp diensten.

De rol van impulsiviteit in het ontstaan van suicidaliteit is onderbelicht, en nader epidemiologisch, psychologisch en biologisch onderzoek is nodig om deze te verhelderen.

Via deze impulsiviteit zijn andere probleemgebieden zoals ADHD, verslaving, en zinloos geweld, aan suicidaliteit verbonden.

8. Effectiviteit van buitenlandse suïcidepreventieprogramma's

In veel landen in de wereld fungeren suïcide preventieprogramma's. In Canada en de Verenigde Staten zijn omvangrijke programma's gestart. Onlangs heeft zelfs George Bush aangegeven dat de Amerikaanse overheid een groot belang hecht aan het terugdringen van het aantal suïcides. In Europa heeft een groot aantal landen

gereageerd op de oproep van de Wereldgezondheidsorganisatie en suïcidepreventieprogramma's geïnstalleerd. Het oudste preventieprogramma functioneert in Finland, waar het ook voortdurend wetenschappelijk werd geëvalueerd (1986-1996). Uit die evaluatie komt naar voren dat dit programma waarschijnlijk er toe heeft bijgedragen dat een stijgende lijn in het aantal suïcides werd omgebogen in een dalende lijn (1990), en dat de reductie van het aantal suïcides zo'n 20% zou bedragen.

In Engeland heeft men als onderdeel van het Nationale suïcide preventieprogramma de verpakking van paracetamol veranderd. Waar het vroeger in grote hoeveelheden in potten verkrijgbaar was via de drogist, is men overgestapt op verpakkingen van kleinere aantallen in doordrukstrips. Dit om enige tijd te winnen in een impulsieve opwelling. De effectiviteit van deze maatregel was groot. Op nationaal niveau werden hiermee honderden suïcides en suïcidepogingen voorkomen.

In Oostenrijk hebben wetenschappers in het kader van suïcidepreventie aan de hoofdredacteuren van dagbladen gevraagd terughoudender te rapporteren over suïcides in de metro van Wenen. Als gevolg van deze terughoudendheid is het aantal suïcides in de Weense metro drastisch teruggelopen.

In verschillende van de Verenigde Staten en in Australië is wetgeving ontwikkeld die ervoor moest zorgen dat kinderen minder gemakkelijk toegang krijgen tot de vuurwapens van hun ouders, door een verplichte opberging van wapens achter een gesloten kastdeur, gescheiden bewaren van munitie, etc. Deze wetgeving lijkt een beperkend effect te hebben op het aantal suïcides van jongeren.

In Tamil Nadu in India observeerde men een groot aantal suïcides van jongeren die gezakt waren voor het toelatingsexamen voor de universiteit. Daarop heeft de deelstaatregering uitgevaardigd dat degenen die bij toelatingsexamens tot de universiteit zakten, maar toch tenminste een 4 haalden, een herkansing moesten worden geboden. Deze maatregel bleek het aantal suïcides onder deze jongeren aanzienlijk te reduceren.

Op het eiland Gotland in Zweden heeft men in het kader van suïcidepreventie alle artsen bijgeschoold in de onderkenning van depressie en suicidaliteit. Het aantal suïcides op het eiland liep vervolgens terug. Of deze teruggang ook daadwerkelijk op het conto van dat bijscholingsprogramma kan worden geschreven is nog onderwerp van wetenschappelijk debat.

Internationaal gezien is er een sterke relatie tussen alcoholconsumptie per hoofd van de bevolking, mortaliteit door levercirrhose, en mortaliteit door suïcide. Toename van alcoholconsumptie gaat gepaard met meer suïcide. Het stellen van beperkingen aan de consumptie van alcohol is een duidelijke en effectieve maatregel die het aantal suïcides tegengaat. In de periode van de perestroika (1984-1990) had de Russische regering onder leiding van Gorbachov strenge beperkingen opgelegd voor de productie, de verkoop en de

12

consumptie van alcohol. Zo was de maximum toegestane hoeveelheid alcohol per persoon per maand teruggebracht tot een halve liter wodka. Strenge straffen werden opgelegd voor degenen die van hun werk verzuimden als gevolg van alcoholgebruik. Als gevolg van deze strenge beperkingen werd de (legale) alcoholconsumptie sterk teruggedrongen. Het aantal suïcides onder mannen daalde in deze periode met maar liefst 32%.

Landen met een suïcidepreventieprogramma:

In deze landen is volgens opgave van de Wereldgezondheidsorganisatie een preventieprogramma geïnstalleerd op initiatief en onder verantwoordelijkheid van de overheid: België, Bulgarije, Canada, Denemarken, Duitsland, Engeland, Estland, Finland, Frankrijk, Georgië, Hongarije, Ierland, Letland, Litouwen, Noorwegen, Roemenië, Schotland, Slovenië, Tsjechië, Turkije, Verenigde Staten, Wit-Rusland en Zweden

Landen zonder een suïcidepreventieprogramma

Griekenland, Israël, Italië, Nederland, Oostenrijk, Polen, IJsland, Rusland, Slowakije, Spanje, Ukraine en Zwitserland.

9. Naar een beter Nederlands preventiebeleid.

Het is duidelijk, voor experts, voor veel regeringen in West Europa, en voor de WHO, dat individuele preventieve en gezondheidszorgmaatregelen ingebed dienen te worden in een geïntegreerde en strategische context. Omdat er zo veel factoren meespelen kan een enkele maatregel nooit alle suïcides helpen voorkomen. Nodig is een coherente strategie waarin vele initiatieven gebundeld worden. Dat is niets nieuws, want als het gaat om de verkeersveiligheid, het voorkomen van schade door drugs of alcoholmisbruik onder jongeren, of welk ander gezondheidsprobleem dan ook, is het sinds lang bekend dat een effectief beleid stoelt op vele op specifieke groepen en specifieke situaties toegesneden maatregelen. De Wereld Gezondheidsorganisatie heeft een aantal richtlijnen geformuleerd die terugkomen in verschillende nationale suïcide preventieprogramma's (Engeland, Zweden, Finland, Noorwegen, etc.etc.). Consensus bestaat over het volgende:

Een integraal suïcidepreventiebeleid is gebaseerd op de volgende uitgangspunten:

1. De strategie vergt een betrokkenheid van vele sectoren in de samenleving. Ook al heeft de gezondheidszorg een speciale plaats in suïcidepreventie, het probleem kan niet worden opgelost door maatregelen te treffen in deze sector alleen.
2. De strategie moet gebaseerd zijn op empirisch bewijs, ondersteund door goed wetenschappelijk onderzoek
3. Preventieve maatregelen moeten specifiek zijn, uitvoerbaar en moeten geregistreerd kunnen worden.
4. Preventieve maatregelen moeten voortdurend geëvalueerd worden en bijgesteld op geleide van deze evaluatie.
5. De strategie kent een organisatorisch principe. De overheid is de aangewezen instantie om de verantwoordelijkheid te nemen om een werkbare strategie te installeren. 13

6. De strategie kent een doel: Het aantal suïcides en suïcidepogingen terug te dringen met bijvoorbeeld 25% vóór het jaar 2010.

Om deze doelen te bereiken worden een aantal subdoelen geformuleerd:

1. Reduceer het aantal suïcides in hoge risico groepen
2. Bevorder geestelijke gezondheid en welbevinden in de gehele populatie en in speciale groepen
3. Reduceer de beschikbaarheid en dodelijkheid van middelen om suïcide te plegen
4. Bevorder adequate journalistiek rond het suïcidevraagstuk
5. Bevorder wetenschappelijk onderzoek naar suïcide en suïcidepreventie
6. Bevorder de epidemiologische registratie van suïcide en suïcidepogingen teneinde de voortgang van suïcidepreventie in de praktijk in kaart te brengen.

Ieder van deze subdoelen vergt uitwerking in specifieke acties. Voor de Nederlandse situatie kunnen een aantal activiteiten worden vermeld die verdere uitwerking behoeven. De navolgende opsomming is beknopt en geenszins compleet. Deze geeft slechts een indicatie van de mogelijkheden tot nadere uitwerking.

Ten aanzien van de preventie van suïcide in hoge risicogroepen dient gedacht te worden aan het verder ontwikkelen, implementeren en evalueren van specifieke therapieprogramma's voor patiënten met borderline stoornissen, voor suïcidale depressieve patiënten, voor patiënten met comorbide stoornissen waaronder verslaving en depressie, en nazorgactiviteiten voor patiënten die thuiskeren na een klinische opname. Overigens zal suïcidepreventie ook aansluiting kunnen en moeten vinden bij bestaande preventieprogramma's bijvoorbeeld ten aanzien van depressie. Momenteel zijn een vijftigtal initiatieven geregistreerd ten aanzien van preventie van depressie. In

slechts een klein deel van deze programma's is expliciet aandacht voor suïcidepreventie.

Vanuit een public health approach komen de algemene bevolking (voorlichting) alsmede speciale populaties in aanmerking (arrestanten, gedetineerden, asielzoekers, middelbare scholieren, militairen, echtparen met langdurige relationele problemen, etc.). De rol van de media in goede voorlichting is van het allergrootste belang. In Nederland zijn goede diagnostische instrumenten ontwikkeld voor de onderkenning van suïciderisico onder gedetineerden en arrestanten. Deze worden alleen nog niet toegepast. Implementatie zou met wetenschappelijke evaluatie dienen te geschieden.

Ten aanzien van de beschikbaarheid van middelen dient op de allereerste plaats gedacht te worden aan het verminderen van het aantal suïcides op de Nederlandse spoorwegen door middel van betere afrastering, perronbeveiliging, surveillance, cameratoezicht, of welke andere maatregel dan ook die bedacht kan worden om de mogelijkheden tot suïcide op het spoor te beperken. Daarnaast kan gedacht worden aan de verpakking van kleinere hoeveelheden medicijnen (paracetamol) en de ontwikkeling van antidepressiva met minder toxische bijwerkingen bij overdosering. Maar ook de ontwikkeling van sensoren in auto's die het niveau van toxische gassen meten en de motor laten afslaan bij gevaar behoort tot de mogelijkheden.

In ieder geval dient te worden uitgewerkt de vroegtijdige signalering van suïcidale gedachten en gerelateerde problemen, waaronder alcohol en drugsmisbruik, door middel van voorlichting aan personen en instanties buiten de GGZ die vaak in een vroeg stadium te

maken hebben met (mogelijk) suïcidale personen. Dit betreft huisartsen, verpleeghuisartsen, verpleegkundigen, politiefunctionarissen, maatschappelijk werkenden, leraren /docenten, penitentiair inrichtingswerkers, arrestantenverzorgers, medewerkers van thuiszorginstanties, etc.

Zelfdodingen onder jongeren vormen doodsoorzaak nummer twee.

Dat is een schokkend gegeven aangezien zij nog zo aan het begin van hun leven staan. Een vindplaats voor depressiviteit en suïcidaliteit onder jongeren is de school: de plek waar zij een groot deel van de week doorbrengen. Een goed systeem van leerlingbegeleiding op de school, het toerusten van docenten en leerlingbegeleiding in signaleren en gespreksvaardigheden, een goede samenwerking met jeugdhulpverlening, dit alles zijn aspecten die bijdragen aan een veilig klimaat in de school en een schoolbeleid dat gericht is op suïcidepreventie.

Voorlichtings- en preventieprogramma's gericht op pesten en geweld op scholen, op interpersoonlijke conflicthantering, op het doorbreken van de cirkel van geweld in het gezin, op stress reductie en burn-out, op alcohol en drugsgebruik, al deze activiteiten kunnen in samenhang met de andere benaderingen meehelpen in het bevorderen van geestelijke gezondheid en suïcidepreventie. Het bevorderen van probleemoplossingsstrategie in partner- relatieproblemen kan zowel op directe als op indirecte wijze een bijdrage leveren aan suïcidepreventie.