

Notitie

De noodkreet gehoord

Preventieplan zelfdoding onder jongeren



Joël Voordewind

ChristenUnie-fractie Tweede Kamer

20 november 2007

Inleiding

Zelfdoding is een probleem van ieder die leeft. In Nederland maken per jaar zo'n 1500 mensen een einde aan hun leven. Zeker één op de zes Nederlanders heeft ooit overwogen uit het leven te stappen. Jaarlijks sterven ongeveer 50 jongeren aan de gevolgen van zelfdoding, de cijfers die het aantal pogingen tot zelfdoding en gevallen van zelfverwonding door jongeren beschrijven zijn nog vele malen schokkender. Omdat ieder leven te kostbaar is en ieder mens er mag zijn, wil de ChristenUnie zich hier niet bij neerleggen. Iedere zelfdoding of poging daartoe heeft een onpeilbaar diepe en brede impact op de omgeving van het slachtoffer. Net zo goed als er al tientallen jaren met succes wordt gewerkt aan het omlaag brengen van het aantal verkeersdoden (van 3500 in 1970 naar 811 in 2006), kunnen we ook streven naar en werken aan vermindering van het aantal suïcideslachtoffers.

Het is daarom tijd voor actie. Het is opmerkelijk dat tot op de dag van vandaag de Nederlandse overheid geen nationaal beleid heeft om het aantal zelfdodingen en pogingen daartoe terug te dringen. De ChristenUnie-fractie in de Tweede Kamer heeft al eerder aan het kabinet (in het bijzonder de ministers van Jeugd en Gezin en van Volksgezondheid, Welzijn en Sport) gevraagd om een nationaal actieplan tegen zelfdoding te ontwikkelen. Wij zijn daarover onder meer in overleg met de Ivonne van de Ven Stichting, die zich al een aantal jaren inzet om een nationaal plan van de grond te krijgen. Het Trimbos-instituut werkt naar aanleiding van deze initiatieven al aan een rapport, om voor het kabinet de mogelijkheden uiteen te zetten voor een preventieplan. De ChristenUnie hoopt dat deze notitie een aanzet kan geven en een bijdrage kan leveren aan het toekomstige actieplan van het kabinet.

In het plan moet de gehele samenleving betrokken worden. Natuurlijk is het belangrijk dat patiënten die bijvoorbeeld aan depressie lijden, goed behandeld worden. Maar suïcide is nooit alleen een zaak voor de geestelijke gezondheidszorg. Ook buiten de medische sector kunnen signalen worden opgevangen dat iemand levensmoe is en van plan is een einde aan het leven te maken. Het is daarnaast opvallend dat het ontbreken van een nationaal plan in Nederland een uitzondering vormt in de Westerse wereld. De meeste van de ons omringende landen (en ook de Verenigde Staten) hebben al een nationaal preventieplan. Het is een probleem van jong en oud, nu leggen wij bij de begrotingsbehandeling van Jeugd & Gezin de nadruk op jongeren. Eerst worden de cijfers en oorzaken op een rij gezet. Het probleem onder de aandacht brengen is al een doel op zich. Volgens de WHO wordt het grote maatschappelijke probleem van zelfdoding namelijk niet voldoende onderkend en zelfs als taboe-onderwerp gezien. Vervolgens doen wij enkele suggesties die meerdere beleidsterreinen raken. De suggesties zijn geformuleerd op basis van gegevens uit onderzoeken, gesprekken met deskundigen en maatregelen die meerdere landen inmiddels toepassen.

Het probleem van zelfdoding in cijfers

Algemeen

In Nederland plegen jaarlijks meer dan 1500 mensen suïcide (laatste 5 jaar: 1530; laatste 7 jaar: 1540). Het aantal suïcides kende een piek in 1984, namelijk 1900 gevallen. Daarna volgde tot 1992 een daling, sinds 1992 is het aantal stabiel met ongeveer 1500 suïcides per jaar. Verklaringen van de stijging tot in de jaren '80 zijn onder meer de toegenomen individualisering, ontkerkelijking en welvaarts-groei. Nu is de samenleving enigszins tot rust gekomen na deze maatschappelijke veranderingen. De daling en stabilisering zijn ook te

verklaren door betere hulpverlening. Het Actieplan van de Ivonne van de Ven Stichting (2003) geeft aan dat bij ouderen het aantal gevallen van zelfdoding de afgelopen 15 jaar gedaald is, onder jonge mannen is er juist sprake van een stijging.

In de periode 1999-2003 zijn op SEH-afdelingen van ziekenhuizen jaarlijks 14.000 mensen behandeld aan zelftoegebracht letsel. 9.200 mensen per jaar worden met zelftoegebracht letsel opgenomen in het ziekenhuis, de meeste mensen waren tussen de 20 en 50 jaar. In de leeftijdsgroep tot 24 jaar zijn iets meer dan 800 ziekenhuisopnamen naar aanleiding van zelfmutilatie per jaar geregistreerd, onder vrouwen in dezelfde groep ongeveer 2000. Deze cijfers geven alleen ziekenhuisopnamen aan, het totaal is mogelijk een stuk hoger. Cijfers uit 2007 laten zien dat 94.000 volwassenen jaarlijks een poging tot zelfdoding doen, 410.000 mensen voelen zich zo terneergeslagen dat zij aan suïcide denken. Veel van hen hebben in de voorafgaande periode last gehad van psychische problemen. Slechts bij vier van de honderd gevallen is sprake van een 'balanssuïcide' (een weloverwogen wens tot zelfmoord), terwijl omstanders vaak een zelfdoding ten onrechte als balanssuïcide zien. In de rest van de gevallen gaat het om emotionele ontredde, depressie, een wanhoopskeuze en impulsiviteit, ook onder invloed van middelen (alcohol, drugs).

In veel gevallen is gedrag dat tot zelftoegebracht letsel leidt het onderdeel van een psychische stoornis (depressie, borderline persoonlijkheidsstoornis) of een verstandelijke handicap. Invloed van alcohol speelt vaak een bepalende rol. Het risico is ook groter bij mensen met een lage opleiding, laag inkomen, of mensen die werkloos zijn, bij alleenstaanden of bij gescheiden personen. Ook gedetineerden en arrestanten, asielzoekers en vluchtelingen, mensen met meerdere traumatische levensgebeurtenissen, mensen met somatische ziekten, mensen met eerdere suïcidepogingen en nabestaanden van een persoon die zelfdoding heeft gepleegd behoren tot de risicogroep.

Een meerderheid van de mensen die zelfdoding gepleegd hebben, heeft al eerder een poging ondernomen. Iemand die al een poging ondernomen heeft, heeft 150 keer meer kans op het plegen van suïcide dan iemand die nog geen poging ondernomen heeft. Elk suïcidaal gedrag moet dus serieus worden genomen. Een suïcidepoging is altijd een noodkreet, daarom moet altijd worden ingegaan op de situatie, om erger te voorkomen. Het is niet mogelijk om iedere poging tot zelfdoding aan te zien komen. De meerderheid van de mensen die door zelfdoding om het leven zijn gekomen, hebben het wel vooraf bekend gemaakt. Suïcidepreventie bestaat ook uit het bespreken van suïcidedrag.

Jongeren

Het aantal zelfdodingen onder jongeren tot 20 jaar is ongeveer 50 per jaar. Dat blijkt uit cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek. Uit een onderzoek uit 2002 (Cedar) bleek dat van de schoolgaande jeugd (11-17 jaar) 11,2% wel eens heeft gedacht over een eind aan het leven te maken. Cijfers uit een recent onderzoek (RIVM) tonen aan dat zelftoegebracht letsel veel onder jongeren voorkomt, namelijk bij 5% van de jongeren tussen 14 en 17 jaar.

In de leeftijdscategorie 15-19 jaar vormt suïcide de derde doodsoorzaak onder meisjes en de tweede doodsoorzaak onder jongens. Meer mannen en jongens sterven na een suïcidepoging dan vrouwen of meisjes, maar personen van het vrouwelijk geslacht doen verhoudingsgewijs wel vaker een poging tot zelfdoding. Het probleem bij jongeren ligt voornamelijk op het

gebied van niet-dodelijke suïcidepogingen, vergeleken met pogingen met een dodelijke afloop.

Verhoudingsgewijs komt zelfdoding onder jongeren vaak voor in West-Friesland. Er bestaat in die regio een verband met alcohol- en drugsmisbruik. Meer dan de helft van het aantal mensen dat suïcide pleegt, is op dat moment niet onder behandeling van GGZ. Wel zijn goede verbeteringen aangebracht in de aanpak in West-Friesland, naar aanleiding van de alarmerende gegevens (Noord-Hollands Dagblad, 2007). Daarnaast kunnen etnische minderheden tot de risicogroep behoren, maar dit is niet op alle groepen van toepassing. Wel is het zelfdodingspercentage onder Surinaamse en Turkse meisjes ongekend hoog. In Den Haag pleegden hindoestaanse meisjes volgens cijfers uit 2005 viermaal zo vaak suïcide als hun autochtone leeftijdgenoten (Trouw, 2005). Bij minderheidsgroepen zijn 15-16 jarigen de risicogroep terwijl bij autochtonen (blanken) de meeste pogingen gedaan worden door jonge adolescenten. De meeste culturen en religies veroordelen suïcide, met als gevolg dat pogingen verzwegen en ontkend worden en daardoor hulp uitblijft. Terwijl 80% van de jongeren die overlijden door suïcide al een eerdere poging hebben gedaan.

In totaal zijn 90% van de jongeren die een poging tot suïcide doen depressief of hebben zij andere niet behandelde stoornissen. Onder 12 tot 13-jarigen is de oorzaak hoofdzakelijk psychiatrisch van aard. Vanaf 14 jaar spelen vaker familieomstandigheden of andere jeugdproblematiek een belangrijke rol en is wanhoop de belangrijkste factor. Bij jongeren spelen meestal unieke factoren een rol, vergeleken met de risicofactoren bij volwassenen. Belangrijke aanleidingen tot suïcides bij jongeren kunnen de problemen omtrent de eigen identiteit zijn in de opgroeifase, slachtoffer zijn van pesten, emotionele verwaarlozing, misbruik, een scheiding van de ouders, zwangerschap, de dood van een vriend of familielid of twijfel over seksuele oriëntatie. Homoseksuele en lesbische adolescenten plegen bijvoorbeeld 2 tot 6 keer vaker suïcide. Ook is het aandeel suïcides groter bij drop-outs, er zijn meer pogingen tot suïcide onder vmbo-ers dan onder havisten. Het aantal suïcides is wel gelijk over alle klassen. Daar komt nog bij dat drugs- en alcoholgebruik de aanzet tot de wanhoopsdaad versterken. Ophanging, voor de trein springen en gebruik van pillen zijn de meest voorkomende middelen onder jongeren.

Kinderen kennen meer angst en zijn vaker depressief dan twintig jaar geleden. Het gros van de kinderen met ernstige emotionele problemen wordt daarvoor niet behandeld. Noucka Tick deed onderzoek bij in totaal zesduizend kinderen tussen de 6 en 16 jaar. Het aantal kinderen met ernstige problemen is toegenomen met ongeveer twintig procent, zo blijkt. Driekwart van hen heeft geen psychische hulp. Tick denkt dat de toename te wijten is aan ontwikkelingen in de omgeving van kinderen. “Steeds meer kinderen hebben een scheiding meegemaakt. Ook is de vrijetijdsbesteding anders geworden.” Dat weinig kinderen hulp krijgen bij hun problemen kan volgens Tick komen doordat ouders niet altijd in de gaten hebben dat hun zoon of dochter bijstand nodig heeft (Trouw, 2007). Depressie is een zeer gevaarlijke factor. In combinatie met bepaalde factoren en de aanleg tot een psychiatrische aandoening kan de gedachte aan suïcide concreet worden. Ook de gezinsfactor speelt een belangrijke rol, ongeveer de helft van de suïcidale jongeren komt zeer waarschijnlijk uit een gebroken gezin.

Het belang van een nationaal preventieplan

Er zijn mensen die vinden dat een poging tot zelfdoding een vrije keus is: het leven is van jezelf, dus je kunt het jezelf ontnemen. Zij zien maatschappelijk ingrijpen als bemoeienis in de persoonlijke levenssfeer. De samenleving heeft volgens hen niet het recht iemand te weerhouden van een poging: zelfdoding is een privé-besluit. Maar willen mensen die een suïcidepoging doen wel echt dood zijn? Het antwoord is 'nee' in een overgrote meerderheid van de gevallen. Balanssuïcides komen nauwelijks voor. Suïcideplegers willen niet zozeer dood zijn, maar juist niet op die manier verder leven.

Uit Nederlands onderzoek (De Wilde & Portzky, 2007) is gebleken dat de meeste jongeren die een poging tot zelfdoding hebben gedaan, dat deden om een als ondraaglijk ervaren situatie te beëindigen. Over het algemeen gaven de jongeren meer dan één reden aan. De onderzoekers trokken de conclusie dat de dood niet zozeer als doel op zich werd gezien, maar meer als middel om verzachting van het ondraaglijke bewustzijn te bereiken.

Niet iedere zelfdoding is te voorzien en te voorkomen – wie dat wel beweert, zou nabestaanden met een verschrikkelijk schuldgevoel opzadelen. Wel kunnen veel factoren (en vooral de samenloop van persoonsfactoren en omstandigheden) leiden tot een suïcidepoging. Een combinatie van risicofactoren kan leiden tot suïcidaal gedrag, maar ook tot ander probleemgedrag. In combinatie met een depressieve stemming of stoornis kunnen risicofactoren echter de kans op suïcidaal gedrag sterk vergroten. Met elkaar kunnen we er aan werken, dat minder mensen de dood zoeken als oplossing voor hun problemen.

De inhoud van actieplannen in andere landen

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) heeft overtuigende bewijzen geleverd dat een goed werkend nationaal preventieplan de zelfdodingcijfers laat dalen. De WHO wijst op het belang van een multi-sectorale aanpak, bijvoorbeeld door het oprichten van crisiscentra. Interventie is ook noodzakelijk vanuit niet-medische sectoren, zoals politie, justitie, religie, politiek, media, de werkplek. Suïcide is niet altijd een psychiatrische aandoening, maar personen met een psychische stoornis zijn wel de belangrijkste risicogroep.

Veel Europese landen hebben concrete beleidsdoelstellingen voor suïcidepreventie. In andere werelddelen bestaan deze plannen minder vaak. In veel landen met een nationaal actieplan zijn goede resultaten merkbaar, bijvoorbeeld Finland. President Bush heeft in de VS al tweemaal 75 miljoen dollar gesubsidieerd in suïcidepreventie, waaronder een project speciaal voor jongeren. Ook in de Amerikaanse luchtmacht is een project gaande, waarbij toegang tot hulpverlening wordt vereenvoudigd. Een kanttekening bij de oplossingen vanuit andere landen is dat de culturele context vaak ook een belangrijke rol speelt. Een succesvolle aanpak in een ander land hoeft niet per definitie tot resultaten te leiden in Nederland.

Volgens de WHO moet een integraal suïcidepreventiebeleid op de volgende uitgangspunten gebaseerd zijn (geciteerd uit het achtergronddocument van het Actieplan van de Ivonne van de Ven Stichting, 2003):

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.
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.

Concrete maatregelen voor Nederland

1. Zelfdoding als maatschappelijk probleem onder de aandacht brengen

Er bestaat een traditioneel beeld in grote delen van de Nederlandse samenleving dat zelfdoding een vrije keus is, waarbij maatschappelijke interventie als misplaatst wordt gezien. Men vraagt zich af of de samenleving het recht heeft om iemand die zelfmoord wil plegen daarvan te weerhouden. Mensen met zelfmoordneigingen willen echter niet zozeer dood zijn, maar niet op die manier verder leven. Bovendien leert de praktijk dat velen die van suïcide zijn afgehouden, dankbaar zijn omdat zij uiteindelijk de levenswil hebben teruggevonden. Een nationaal actieplan suïcidepreventie kan de wanhoopskeuze van veel mensen voorkomen.

Daarnaast is zelfdoding een probleem voor iedereen. Aan preventie kan iedereen een bijdrage leveren. Zelfdoding is een complex fenomeen en moet worden begrepen in zijn economische, sociale en culturele context. De overheid moet daarom de leiding nemen in suïcidepreventie. De verantwoordelijkheid mag niet meer louter afschoven worden aan de GGZ. In de jaren '80 was de toenmalig staatssecretaris van mening dat suïcidepreventie geen taak voor de overheid was. Gelukkig ontstaat nu eindelijk het besef dat de overheid de centrale leiding moet nemen. Centrale leiding is vooral nodig *waar het moet*. Een *public health approach* moet bijvoorbeeld centraal worden gecoördineerd. Belangrijk is dat decentralisatie wordt toegepast *waar het kan*. Het selecteren van risicogroepen heeft een meer decentrale uitwerking, omdat de samenstelling van een risicogroep per gemeente of regio kan verschillen. Op dit moment vinden al succesvolle lokale en regionale initiatieven plaats.

Een kanttekening moet gemaakt worden naar aanleiding van de in het voorjaar van 2007 opgestelde mediarichtlijnen. Het mag niet de bedoeling zijn om zelfdoding onder de aandacht te brengen, waarbij vervolgens de cijfers als tegeneffect zullen stijgen.

2. Eenvoudige praktische maatregelen

Veel eenvoudige maatregelen kunnen al leiden tot het terugdringen van de zelfdodingcijfers. Het gaat er vooral om impulsiviteit weg te nemen en de dodelijkheid te verminderen. Het kan bijvoorbeeld gaan om hekken te plaatsen bij ‘suicide hotspots’ op het railnetwerk, evenals het verminderen van de toegang tot spoorlijnen bij psychiatrische instellingen. Het aantal suïcides op het spoor is ongeveer 190 (van de 1500 totaal). De NS zijn al een paar jaar bezig met een eigen plan om het aantal suïcides op en om het spoor terug te dringen. Het kan ook gaan om een veiliger omgeving in gevangenissen en ziekenhuizen en het maken van richtlijnen bij de verstrekking van risicovolle medicijnen. Toegankelijkheid en beschikbaarheid van middelen tot zelfdoding leidt tot een hoger risico op een suïcide met dodelijke afloop. Anesthesiologen hebben bijvoorbeeld een tien keer zo grote kans op een geslaagde suïcide. Meisjes zullen overigens eerder overgaan tot ‘zachte’ methoden, zoals overdosering van medicatie. Jongens zijn eerder geneigd tot ‘harde’ methoden, de toegang tot vuurwapens is daarom een belangrijke risicoverhogende factor voor jongens.

3. Verbeteringen in de gezondheidszorg

Volgens het achtergronddocument bij het actieplan van de Ivonne van de Ven Stichting (2003) is de geestelijke gezondheidszorg in algemene zin zeker in staat mensen te weerhouden van zelfdoding. Binnen de gezondheidszorg is volgens het achtergronddocument bij het actieplan zeker een aantal verbetermogelijkheden aanwezig. Zo kan de aandacht voor suïcidepreventie in de opleidingen tot huisarts, psycholoog en psychiater veel beter, evenals de nascholing en deskundigheidsbevordering van huisartsen en GGZ-hulpverleners. Niet alle professionals zijn goed op de hoogte van preventiemaatregelen en –vaardigheden. Ook de opvang van mensen die een suïcidepoging hebben ondernomen laat te wensen over in ziekenhuizen en op eerste-hulpafdelingen. De nazorg kan beter, met name voor recidiverende suïcidepogers, zeker gezien de verhoogde kans op herhaling.

Daarnaast is de aansluiting tussen ambulante hulpverlening, jeugdzorg, huisarts en kliniek nog niet goed genoeg. Tussen de verschillende vormen van hulpverlening vallen mensen vaak tussen wal en schip en is het suïdecijfer juist hoog. Ook moeten risicopersonen in beeld blijven, het gebeurt te vaak dat niet verder actie wordt ondernomen indien een persoon wegblijft bij een afspraak. Na een suïcidepoging volgt in Zweden verplichte crisisopname. In Nederland wordt nog te vaak naar de huisarts doorverwezen. Ook is aangetoond dat door medicatie en emotionele ontredde gesprekken en afspraken met de psychiater na een dag al zijn vergeten, dus de crisisopname mag niet te kort duren. Aandacht voor nabestaanden is zeer belangrijk, zij hebben een verhoogd risico op emotionele stoornissen en suïcidaal gedrag.

De behandeling van depressieve patiënten is te vaak uitsluitend medicamenteus. Integratie van farmacotherapie en psychotherapie is noodzakelijk. Het verband tussen het wel of niet gebruiken van antidepressiva en het aantal zelfdodingen is zeer complex aan te tonen. Zonder de komst van antidepressiva was het aantal zelfdodingen in ieder geval gestegen. Het gebruik van deze medicijnen is alleen effectief als het in combinatie met gesprekken en behandeling door een psychiater gebeurt.

Een bijkomend probleem is dat de hulpverlening te geïsoleerd van de rest van de samenleving opereert om in te grijpen in suïcidale ontwikkelingen. Dit pleit zonder meer voor een actieplan

van overheidswege, waarbij meerdere sectoren betrokken moeten worden bij het voorkomen van zelfdoding.

In de huidige situatie wordt te weinig actie ondernomen in het kader van primaire preventie (het voorkomen dat mensen een risico op suïcide ontwikkelen). Secundaire preventie staat iets meer in de aandacht: het terugdringen van suïcidaliteit bij groepen met een hoog risico. Om primaire preventie te bevorderen moet meer gedaan worden aan gezondheidsbevordering. Suïcidepreventie moet ook aansluiting vinden bij bestaande preventieprogramma's, bijvoorbeeld programma's ter preventie van depressie. In te weinig depressiepreventieprogramma's komt het voorkómen van zelfdoding aan bod.

4. Preventie, gericht op jongeren

De Wilde & Portzky (2007, p. 277) geven aan dat bij de meerderheid van de adolescenten die door zelfdoding om het leven kwamen er sprake was van een psychiatrische stoornis op het moment van overlijden. De toegang tot geestelijke gezondheidszorg moet daarom worden vereenvoudigd. Jongeren vinden het vaak moeilijk om hulp te vragen, wanneer hulp dichtbij geboden wordt, op school of jeugdgroepen bijvoorbeeld, is de stap kleiner. Dit wijst op het belang van het tijdig vaststellen van psychiatrische stoornissen bij jongeren, bijvoorbeeld op scholen of via de jeugdmonitor van de GG&GD. De drempel naar een schoolpsycholoog of andersoortige geestelijke gezondheidszorg moet zo laag mogelijk zijn. In ieder geval moet door scholen het belang van een algemeen schoolbeleid met richtlijnen voor preventie, maar ook voor de situatie waarbij iemand van de school een poging tot zelfdoding doet of om het leven komt door een poging.

Het actieplan van de Ivonne van de Ven Stichting ziet de school als vindplaats voor depressiviteit en suïcidaliteit onder jongeren. Oplossingen volgens het actieplan kunnen een goed systeem van leerlingbegeleiding op de school, het toerusten van docenten en leerlingbegeleiding in signaleren en gespreksvaardigheden en een goede samenwerking met de jeugdhulpverlening zijn. Een goede sfeer op school kan de verleiding tot zelfdoding verminderen. De school is meestal niet zelf aanleiding tot zelfdoding, maar is wel een plek waar anderen (leerkrachten of medeleerlingen) kunnen opmerken dat iemand depressief of suïcidaal is. Daarvoor moet je signalen kunnen herkennen die soms voorafgaan aan een poging tot zelfdoding. Het geven van voorlichting aan jongeren over de voortekenen van suïcide blijkt een reductie van pogingen tot suïcide op te leveren van 40%. Het is mogelijk om het bewustzijn over het probleem van zelfdoding te verhogen door voorlichting. Daarnaast moet informatie rond begeleidings- en behandelingsmogelijkheden binnen handbereik van de jongere zijn. Het stigma rond het zoeken naar hulp bij psychische problemen moet in ieder geval worden weggenomen bij jongeren.

Wie eenmaal een poging tot zelfdoding heeft gedaan, heeft een verhoogd risico op nieuwe pogingen. Daarom is het zo belangrijk dat iedere noodkreet serieus genomen wordt. Bovendien heeft een suïcidegebeurtenis in het gezin een grote impact op de direct betrokkenen, omstanders worden altijd geraakt door suïcide en de kans op zelfdoding neemt ook bij betrokkenen toe. De nog op te richten Centra voor Jeugd & Gezin kunnen een belangrijke bijdrage leveren aan de voorlichting, signalering en (doorverwijzing naar) hulpverlening aan risico-jongeren en risico-gezinnen. Lokaal vinden al initiatieven plaats door het inzetten van jeugdwerkers. In Rotterdam worden inmiddels GGD-ers betrokken bij suïcidepreventie vanuit de jeugdhulpverlening.

Het herkennen van signalen kan worden bereikt door suïcide-gerelateerde vragen in de zelfrapportagelijsten op scholen op te nemen. Erik Jan de Wilde van het Nederlands Jeugdinstituut (NJI) is voorstander van het actief bevragen van jongeren op emotionele problematiek, bij voorkeur via een vertrouwelijke zelfrapportagevragenlijst. “Uit mijn onderzoek in Rotterdam blijkt dat veel jongeren daarmee in gesprek raken met een jeugdverpleegkundige op school en daarmee het onderwerp op tafel krijgen”. Het doel is om jongeren te bereiken die niet uit zichzelf naar hulp zullen zoeken. Het vragen naar suïcideneigingen heeft geen aanjagend effect op de zelfdodingscijfers, is aangetoond.

Het docententijdschrift en de docentenwebsite Klasse uit België heeft de preventiemap ‘De eerste lijn’ ontwikkeld, waarbij aan docenten adviezen worden verstrekt hoe om te gaan met een kind met zelfmoordneigingen. Het is onduidelijk in hoeverre dit soort materiaal in Nederland bestaat. De Universiteit Leiden heeft bijvoorbeeld studentenpsychologen, die hulp kunnen bieden. Via de website van de universiteit worden tips gegeven aan studenten met zelfdodingneigingen.

5. Aandacht voor specifieke bevolkingsgroepen

Het is opvallend dat de cultureel-religieuze achtergrond een rol speelt bij het aantal zelfmoordpogingen, vooral onder jongeren. Het aantal zelfmoordpogingen bij allochtone meisjes is gemiddeld vijf keer zo hoog als bij autochtone. Vooral onder jonge moslims en hindoes wijken de cijfers af van andere groepen. Dat Turkse en Surinaamse meisjes vaak geen steun kunnen vinden bij de eigen groep is aanleiding tot actie, evenals het niet genoeg serieus nemen van jongeren die een zelfdodingpoging hebben gedaan. In Den Haag deed volgens cijfers uit 2005 de helft van de jongeren die na een eerste poging in de hulpverlening terechtkwamen, binnen een jaar weer een poging (Trouw, 2005). Voorlichting moet daarom met name gericht zijn op minderheidsgroepen en religieuze groepen. Het zijn vooral deze groepen die moeite hebben om open te zijn over suïcide en seksuele oriëntatie.

6. Tegengaan van alcohol- en drugsmisbruik

Alcohol- en drugsmisbruik kan de doorslaggevende factor zijn om over te gaan tot een suïcidepoging, wat door veel onderzoeken in verschillende landen en door deskundigen wordt bevestigd. Ook in West-Friesland wordt het verband gelegd tussen het gebruik van middelen en het aantal suïcidepogingen door jongeren (Noord-Hollands Dagblad, 2007). Alcohol en drugs worden vaak gebruikt om stress en emotionele problemen te doen vergeten. Vroegtijdige signalering en voorlichting hieromtrent aan personen en instanties buiten de gezondheidszorg om kunnen leiden tot belangrijke preventie. Op die manier kan in een vroeg stadium zelfdoding worden voorkomen.

7. Hulpverlening en voorlichting via internet en telefoon

Er bestaan al verschillende websites (zoals Ex6 en Grip op je dip) en telefoonhulplijnen (kinder- en jeugdtelefoon, SOS telefonische hulpdienst) die mensen met suïcideneigingen hulp bieden om zelfdoding te voorkomen. Verbetering is zeker mogelijk. Initiatieven komen vooral vanuit het middenveld. Het is in ieder geval belangrijk dat hulpverlening eenvoudig te

vinden is en toegankelijk is, de overheid moet zorg dragen voor goede en gerichte voorlichting. Met name moet worden gelet op de kwaliteit van internethulp en telefonische hulp. Zodra onderzoek uitwijst dat een bepaalde vorm van hulpverlening effect heeft, kunnen stimuleringsmaatregelen genomen worden.

8. Impulsen voor (wetenschappelijk) onderzoek en kennis (incl. registratie)

Vergeleken met onderzoek naar andere doodsoorzaken is het aantal wetenschappelijk onderzoekers die zich met de problematiek van zelfdoding bezighoudt zeer klein. Onderzoek naar suïcidaal gedrag in Nederland wordt niet aangestuurd door een beleidsplan en onderzoek wordt niet gestuurd door praktijkvragen. Bovendien zijn er weinig onderzoeken naar de redenen en achtergronden van zelfdoding in Nederland en vinden er geen psychologische autopsiestudies plaats. De rol van impulsiviteit is ook nog onduidelijk in het kader van zelfdoding. Ook zijn in Nederland nog geen studies verricht naar de economische kosten van zelfdoding. Onderzoekresultaten komen vooral uit het buitenland. Daar blijkt bijvoorbeeld uit dat kosten voor medische behandeling van zelf toegebracht letsel een groot aandeel vormen van de totale medische kosten van eerste-hulpdiensten. Tot slot adviseert de WHO de epidemiologische registratie van suïcide en suïcidepogingen te bevorderen om de voortgang van suïcidepreventie in de praktijk in kaart te brengen.

9. Mediarichtlijnen

De rol van het imiteren van suïcidaal gedrag mag niet onderschat worden. Ten eerste kan een suïcidegeval in de directe omgeving als risicofactor worden beschouwd. Het is een vorm van ‘aanleren’ van het gedrag, maar ook de sociale omstandigheden van het slachtoffer zijn vaak dezelfde als waarin de jongere verkeert. Ook de media hebben hierbij een rol te vervullen. In verschillende studies is aangetoond dat nieuwsberichten of films met berichten over suïcide hebben geleid tot een toename van het aantal zelfdodingen. De Ivonne van de Ven Stichting heeft een mediarichtlijn opgesteld, met als doel de kettingreactie die kan ontstaan na berichtgeving te voorkomen. Afgeraden wordt bijvoorbeeld om manieren van zelfdoding te beschrijven. Het berichten over zelfdoding kan overigens zelfs aanleiding zijn om het probleem in een breder verband te zetten en aanwijzingen en tips geven over het omgaan met suïcidaliteit. In het voorjaar van 2007 is het instellen van deze richtlijn na Kamervragen van de ChristenUnie-fractie door de Kamer breed ondersteund. Internetfora en chatboxen vormen een bijna oncontroleerbaar domein, maar de invloed van deze internettoepassingen mag ook niet vergeten worden.

Conclusie

Het probleem van zelfdoding wordt vaak niet voldoende onderkend. Deze notitie geeft in ieder geval aan dat het probleem omvangrijk is en, minstens zo belangrijk, verbeteringen mogelijk zijn in de aanpak van suïcides door een actieve rol van de overheid. Het gaat daarnaast niet alleen om het aantal zelfdodingen, maar zeker ook om het aantal pogingen tot zelfdoding. Daarnaast moet benadrukt blijven worden dat zelfdoding geen vrije keus is, maar een wanhoopsdaad. We moeten ons sterk afvragen hoe het zo ver kan komen dat zoveel mensen, waaronder ook veel jongeren, met de gedachte aan zelfdoding rondlopen of zelfs een suïcidepoging doen. De volgende lijst met aandachtspunten geeft alvast een aanzet richting

een preventieplan door de overheid. De lijst heeft betrekking op veel verschillende beleidsterreinen.

De volgende punten verdienen aandacht:

- Suïcidepreventie is niet alleen een taak voor de GGZ, maar voor de gehele samenleving. De overheid moet daarom zo snel mogelijk met een actieplan komen.
- De kwaliteit van (geestelijke) gezondheidszorg in Nederland is goed, men zet al in op depressiepreventie. Het niveau van kennis en vaardigheden voor suïcidepreventie is echter niet bij alle professionals gewaarborgd. Huisartsen en hulpverleners moeten, zowel in opleiding als door nascholing worden bijgeschoold. Ook moeten goede richtlijnen worden opgesteld voor de praktijk (ze bestaan wel, maar deze zijn voor verbetering vatbaar).
- Goede detectie en behandeling van (psychiatrische) ziekte en beoordeling en behandeling van het suïcidaal risico. Actieve steun voor hoge risicogroepen is essentieel.
- Bepaalde groepen allochtone jongeren verdienen aandacht, n.a.v. opvallende cijfers.
- De Centra voor Jeugd & Gezin kunnen een actieve rol spelen met betrekking tot hulpverlening, door goede signalering en voorlichting.
- Gebruik maken van de screening/jeugdmonitor door de GG&GD om risicojongeren in beeld te krijgen, bijvoorbeeld door het suïcideprobleem (vragen over depressie) op te nemen in een zelfrapportagelijst voor leerlingen. Lokaal vinden al initiatieven op dit gebied plaats.
- Aandacht voor geestelijke gezondheidszorg in scholen, op de werkvloer en in gevangenissen, met de nadruk op preventie. Verbeterde toegang tot geestelijke gezondheidszorg past hierbij.
- Verminderen van mogelijkheden tot zelfdoding, zoals het afsluiten van gevaarlijke plaatsen.
- Meer aandacht voor onderzoek, bijvoorbeeld door het opzetten van een kennis- en documentatiecentrum.
- Alcohol- en drugsmisbruik aanpakken.
- Publieke voorlichting en hulpverlening. Stimuleren van websites en telefoonlijnen die hulpverlening aan jongeren bieden, zoals de kinder- en jeugdtelefoon (en S.O.S. telefonische hulpdienst). Hier is verbetering mogelijk, bijvoorbeeld door alleen initiatieven te steunen die door onderzoek als effectief bestempeld zijn.
- Verantwoorde mediaverslaggeving (inclusief websites, internetfora en chatboxen).
- We moeten duidelijke doelen creëren, bijvoorbeeld een reductie van het aantal zelfdodingen met 4% per jaar.

Nawoord

Graag wil ik prof. Ad Kerkhof (Vrije Universiteit te Amsterdam), Erik Jan de Wilde (programmaleider van het Kenniscentrum van het Nederlands Jeugdinstituut) en de Ivonne van de Ven Stichting danken voor hun waardevolle medewerking en adviezen en dank ik Wouter Langendoen (beleidsmedewerker ChristenUnie) voor zijn inzet voor deze notitie. Ik hoop dat met deze notitie een goede impuls gegeven wordt aan suïcidepreventie in Nederland en ik spreek dan ook de wens uit dat deze notitie door de overheid gebruikt zal worden bij het zo snel mogelijk opstellen van het actieplan voor de preventie van zelfdoding.

Bronnen

Cedar website

<http://www.cedar.nu/index.php?p=44428>

Centrum ter Preventie van Zelfmoord (België)

www.zelfmoordpreventie.be

Erik Jan de Wilde en Gwendolyn Portzky (2007) “Preventie van suïcidaal gedrag bij jongeren”, in: *Handboek suïcidaal gedrag* (onder redactie van Dr. C. van Heeringen), De Tijdstroom, Utrecht.

Ivonne van de Ven Stichting en de Depressiestichting (2003), “Kaderdocument Nationaal Actieplan Suïcidepreventie”

www.ivonnevandevenstichting.nl

Ivonne van de Ven Stichting en de Depressiestichting, A.J.F.M. Kerkhof, E. Arensman, J. Neeleman en E.J. de Wilde (2003), “Suïcide en Suïcidepreventie in Nederland; Achtergronddocument bij het Nationaal Actieplan Suïcidepreventie”

www.ivonnevandevenstichting.nl

Klasse website (vakblad voor Vlaamse leraren)

www.klasse.be

Noord-Hollands Dagblad (2007), “Er is brand, dan begin je met blussen”, door Paul Gutter, 14 juni 2007

http://www.ggzwf.nl/actualiteiten/Noord_Hollands_Dagblad.pdf

RIVM (2007), “Nationaal Kompas Volksgezondheid”

http://www.rivm.nl/vtv/object_class/kom_zelfbeschadiging.html

Trouw (2005), “Fatale spagaat moslim – en bedreigt hindoetieners”, door Marc van Dijk, 29 september 2005

<http://archieftrouw.nl/artikel?text=zelfdoding%20den%20haag%20jongeren&SORT=date&ED=ola&SEC=%2A&SO=%2A&PRD=20y&fdoc=1>

Trouw (2007), “Kinderen vaker depressief”, 26 september 2007

http://www.trouw.nl/laatstnieuws/In_binnenland/article805774.ece/Kinderen_vaker_depressief

WHO website: Suicide prevention (SUPRE)

http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/

Foto voorzijde: www.kaakam.nl