

# Factsheet preventie van suïcidaliteit

*Het is duidelijk dat suïcidepreventie ook maatregelen buiten de gezondheidssector vereist en om een innovatieve, samenhangende, multisectoriële benadering vraagt in samenwerking met bijvoorbeeld onderwijs, arbeid, politie, justitie, kerken, wetgeving, politiek en media.*

Wereldgezondheidsorganisatie (WHO)

## 1. Suïcidaliteit: Definitie, beloop en epidemiologie

### Definitie van suïcidaliteit

Suicide (zelfdoding) en het proces dat tot suicide kan leiden worden tezamen suïcidaliteit genoemd. Aspecten van suïcidaliteit zijn suïcidegedachten of suïcide-ideatie, suïcideplannen, zelfbeschadiging (automutilatie) en suïcidepogingen (ook wel parasuïcide genoemd). Automutilatie en een suïcidepoging zijn niet altijd gericht op het bewerkstelligen van de eigen dood maar hebben wel als doel gewenste veranderingen aan te brengen voor de ervaren problemen (1).

### Beloop van suïcidaliteit

Suïcidaliteit kan voor een persoon een eenmalige episode zijn en is bij anderen terugkerend. Er zijn geen aanwijzingen voor een chronisch beloop. Een suïcidepoging wordt niet altijd door alle aspecten van suïcidaliteit vooraf gegaan. Suïcidegedachten blijken wel een sterke voorspeller te zijn van suïcidepogingen (2).

### Epidemiologie van suïcidaliteit

Nederland vertoont internationaal gezien een relatief laag suïcidecijfer, iets meer dan 1% van alle sterfgevallen. De Europese cijfers variëren van 0,3% in Griekenland tot 3,8% in Litouwen. Landen als Duitsland, België en Frankrijk hebben hogere suïcidecijfers (1,2% - 1,7%) dan Nederland. Suïcidegedachten en -pogingen komen in alle Europese landen even veel voor (3). Uit de literatuur blijkt het volgende (2, 3, 4, 5).

- Van de Nederlandse volwassenen heeft 11,1% ooit suïcidegedachten gehad, 2,7% heeft ooit een suïcidepoging ondernomen.
- Jaarlijks doen 94.000 volwassenen een poging tot zelfdoding in Nederland. Ongeveer 14.000 mensen komen op de spoedeisende eerste hulp (SEH) terecht na een suïcidepoging.

- De incidentie (het aantal nieuwe gevallen) van suïcidepogingen zou met 46% dalen wanneer suïcidegedachten te voorkomen zijn of wanneer de nadelige effecten van zulke gedachten volledig weggenomen kunnen worden.
- Suïcides komen onder kinderen en jongeren zelden voor in tegenstelling tot suïcidaal gedrag. Van de jongeren verwondt jaarlijks 6,6% zichzelf opzettelijk of doet een suïcidepoging. Ook heeft 11,2% van de jongeren suïcidegedachten.
- Onder twintigers is suïcide de tweede doodsoorzaak na verkeersongevallen.
- Het aantal suïcides onder ouderen (>60 jaar) is sterk gedaald. Ouderen hebben nog steeds een verhoogd suïciderisico in vergelijking met andere leeftijdsgroepen.
- In Europese landen vindt een daling plaats van het aantal suïcides. Deze daling was in Nederland 11,5% over 2006-2007 en sterker dan landen als Finland (7,4%) en Spanje (1,6%). In 2008 steeg het aantal suïcides in Nederland met 6% (zie tabel 1).
- Mannen suïcideren zich meer dan twee keer zoveel als vrouwen. Een hoog suïcidecijfer is zichtbaar onder 20-40 jarigen en mannen van Surinaamse afkomst.

**Tabel 1 Aantal suïcides in Nederland over de jaren 2001-2008**

	Absoluut aantal suïcides	Per 100.000
2001	1473	9.2
2002	1567	9.7
2003	1495	9.2
2004	1502	9.2
2005	1572	9.6
2006	1524	9.3
2007	1353	8.3
2008	1435	8.7

Bron: CBS, cijfers betreffen aantal suïcides door Nederlandse ingezetenen

## 2. Preventie van suïcidaliteit: Waarom is het nodig

Ondanks het relatief lage suïcidecijfer is de maatschappelijke betekenis van suïcide groot. De sterfgevallen zijn in theorie vermijdbaar en vinden plaats op relatief jonge leeftijd. Suïcide draagt sterk bij aan het aantal 'verloren levensjaren', het aantal jaren dat men eerder overlijdt dan op grond van de levensverwachting wordt aangenomen. Aan de sterfgevallen is bovendien meestal geestelijk lijden vooraf gegaan. Suïcide kan tevens een zware psychische belasting vormen voor de omgeving. Voor de maatschappij als geheel geldt dat suïcide wel wordt beschouwd als graadmeter van de 'geestelijke gezondheid'. De Minister van VWS heeft naar aanleiding van het beleidsadvies van het Trimbos-instituut (2) een standpunt uitgebracht (de Beleidsagenda Suïcidepreventie). Daarmee, en het Tweede Kamerdebat van 1 oktober 2008, staat suïcidepreventie prominent op de politieke agenda. De Minister van VWS streeft naar 5% minder suïcides per jaar.

### Economische kosten

De totale economische kosten van suïcidaliteit zijn niet bekend (2, 4).

- De directe kosten van SEH-behandelingen en ziekenhuisopnamen van zelf toegebracht letsel (suïcidepogingen en automutilatie) bedroegen over de periode 2000-2004 gemiddeld 36 miljoen euro per jaar.
- De directe kosten van suïcide voor de Nederlandse Spoorwegen (schade aan trein en arbeidsuren personeel) zijn ongeveer 4 miljoen euro per jaar.
- Naar de ziektelast (DALY's: *daily adjusted life years*) van suïcidale gedachten en suïcidepogingen wordt in opdracht van de Minister van VWS in 2010 onderzoek gedaan door het RIVM, de Vrije Universiteit en het Trimbos-instituut.

### 3. Preventie van suïcidaliteit: Risico- en beschermende factoren

#### Risicogroepen en risicofactoren

Suïcidaliteit is een complex proces en ontstaat door een combinatie van genetische kwetsbaarheid, ongelukkige omstandigheden en traumatische of psychische problemen in verleden of heden. Op basis van verschillende risicofactoren kan een aantal risicogroepen onderscheiden worden (2, 3, 6):

- Mensen met psychische problematiek: suïcidaliteit komt het meest voor in combinatie met depressie, middelengebruik (waaronder alcohol), persoonlijkheidsstoornissen en schizofrenie. Bij jongeren tevens in samenhang met gedragsstoornissen. 87,3% tot 91% van de mensen die suïcide pleegt, heeft een psychiatrische aandoening.
- Mensen die een eerdere suïcidepoging hebben ondernomen: van de mensen die een suïcidepoging doet, suïcideert 10% zich uiteindelijk op een later moment.
- Mensen met impulsief gedrag en die over middelen beschikken om zich te suïcideren zoals vuurwapens, medicijnen en bestrijdingsmiddelen.
- Jongeren met zelfbeschadigend gedrag: meisjes verwonden zichzelf twee keer zo vaak als jongens. Onder hen bevinden zich relatief veel jongeren van allochtone afkomst.
- Mannen (relatief veel tussen de 40 en 60 jaar en boven de 80 jaar, van allochtone afkomst, in detentie en homo-seksuelen) plegen twee keer zo vaak suïcide als vrouwen. Vrouwen doen twee keer zo vaak een suïcidepoging als mannen (zie tabel 2).
- Mensen met genetische kwetsbaarheid en persoonskenmerken als weinig zelfrespect, een negatief zelfbeeld, neuroticisme, hopeloosheid, angst, cognitieve rigiditeit (rechtlijnig denken), piekeren, extraversie en agressie.
- Mensen die negatieve levensgebeurtenissen recent of in het verleden hebben meegemaakt zoals traumatische ervaringen (seksueel misbruik, lichamelijke mishandeling en emotionele verwaarlozing), verslaving en psychiatrische problematiek van de ouder(s). Deze levensgebeurtenissen zijn vooral een risicofactor in combinatie met bovengenoemde persoonskenmerken.
- Mensen van wie een familielid suïcidaal gedrag vertoont of suïcide heeft gepleegd.
- Mensen die sociaal geïsoleerd zijn, weinig sociale steun en eenzaamheid ervaren.
- Mensen met een lichamelijke aandoening.
- Mensen met een laag opleidingsniveau, een lage sociaal-economische status en werkeloosheid. Het suïciderisico neemt toe bij een economische crisis.

Tabel 2 Aantal suïcides per leeftijdsgroep en geslacht in 2008

2008	<15	15-20	20-30	30-40	40-50	50-60	60-70	70-80	>80	
Mannen	5	20	101	168	241	209	122	76	46	
Vrouwen	-	9	42	54	96	107	76	36	27	
totaal	5	29	143	222	337	316	198	112	73	1435

Bron: CBS, cijfers betreffen aantal suïcides door Nederlandse ingezetenen

#### Beschermende factoren

Relatief weinig is bekend over de specifieke rol van beschermende factoren en veerkracht van mensen bij suïcidaliteit. Beschermend zijn (2):

- Individuele factoren: intelligentie, zelfbeeld en persoonlijkheid.
- Relationale factoren: kwaliteit van ouderschap, contact met leeftijdgenoten, bij vrouwen: de aanwezigheid van kinderen.
- Hulpbronnen: religie, kwaliteit van school en buurt, beschikbaarheid en toegankelijkheid van de GGZ.

## 4. Preventie van suïcidaliteit: Overzicht van interventies

Suïcidepreventie vraagt apart aandacht, ook wanneer bijvoorbeeld depressiepreventie beschikbaar is. De huidige praktijk bestaat uit een versnipperd aanbod van activiteiten. De bewezen effectieve interventies die rechtstreeks suïcidaliteit beïnvloeden zijn beperkt. Van een aantal activiteiten gericht op risicofactoren en beschermende factoren is nog niet wetenschappelijk aangetoond dat zij bijdragen aan het verminderen van suïcidaliteit.

### Medicatie en psychotherapie

Medicamenteuze behandeling van depressie en diverse vormen van psychotherapie zijn effectief in het verminderen van suïcidaal gedrag, hoewel de effecten niet bij alle psychofarmaca of subgroepen eenduidig zijn. Vermindering van het aantal suïcides zou kunnen samenhangen met toename van het antidepressiva gebruik, maar in Nederland is het aantal suïcides niet sterk gedaald in de periode waarin het aantal voorschriften van antidepressiva steeg. Bij kinderen en adolescenten kan gebruik van antidepressiva tot een toename van suïcidegedachten en suïcidaal gedrag leiden, maar ook hier is geen eenduidig beeld te vinden (2, 7, 8).

### Universele preventie: Interventies gericht op het algemene publiek

- *Media.* Een terughoudend beleid over berichtgeving in de media over suïcide wordt bepleit. Voorlichting over suïcidaliteit kan worden ingezet om het taboe op bespreekbaarheid te doorbreken en het zoeken van hulp te stimuleren. Bij het publiekelijk bekend maken van de hulplijn en website van de Stichting 113Online is dit gerealiseerd met een thema-avond op de televisie.
- *Beschikbaarheid middelen.* Beperking van middelen waarmee suïcide kan worden gepleegd is aantoonbaar effectief in specifieke situaties zoals de beschikbaarheid en wijze van verstrekking van medicijnen en vuurwapens. Verminderen van alcohol en drugs kan met name voor jongeren een effectieve maatregel zijn.

### Geïndiceerde preventie: Interventies gericht op specifieke doelgroepen

- *Internetinterventies:* Begeleide zelfhulpinterventies via het internet kunnen een effectief hulpmiddel zijn, met name bij de preventie en behandeling van depressie en angststoornissen. Gezien het belang van de risicofactor depressie, liggen er duidelijk kansen in de preventieve e-mental health. Voor directe en preventieve hulp van professionals en lotgenoten is de website van de stichting 113Online beschikbaar.
- *Interventies met een integrale aanpak:* Deze interventies zijn vaak gericht op gedrags- en emotionele problemen zoals de cursus 'Levensvaardigheden' en 'Leefstijl'.
- *Zelfhulp of lotgenotencontact:* Verschillende initiatieven bieden mensen met een doodswens de kans op contact en bezinning, zoals de stichting Ex6 en opvanghuis 'het Klaverblad' (2).

### Terugvalpreventie: nazorg

Vooraf in algemene ziekenhuizen ontbreekt nog vaak goede nazorg voor mensen die een suïcidepoging hebben ondernomen. Het protocol 'ketenzorg bij suïcidaliteit' en voorlichtingsmateriaal zullen hier verbetering in aanbrengen.

### Zorg voor nabestaanden

Het is van belang vroegtijdig de mogelijke risico's op suïcidaliteit voor nabestaanden in te schatten. Zij zijn het meest gebaat bij een laagdrempelig en flexibel aanbod. In Nederland varieert het ondersteuningsaanbod voor nabestaanden van suïcide van professionele hulp tot lotgenotencontact. Een enkele interventie is deels effectief gebleken bij specifieke doelgroepen zoals cognitieve rouwtherapie (2, 9).

## 5. Preventie van suïcidaliteit: Protocollen, richtlijnen en instrumenten

In de gezondheidszorg wordt steeds meer gewerkt aan de hand van protocollen en richtlijnen. Deze vormen een waardevol instrument bij de verbetering van de kwaliteit van zorg (2).

- Het gebruik van protocollen en richtlijnen rond suïcidepreventie en het handelen bij een suïcidepoging heeft bij ongeveer 35% van de GGZ-instellingen geleid tot betere zorg voor de suïcidale patiënt.
- Van de GGZ-instellingen gebruikt 20% de richtlijnen en protocollen over suïcidepreventie veel of altijd.
- Suïcidaliteit is zeer beperkt onderdeel van de multidisciplinaire richtlijnen voor angst, depressie en schizofrenie. In 2010 wordt een nieuwe multidisciplinaire richtlijn gepresenteerd voor de opvang van suïcidale patiënten die in contact komen met de hulpverlening. Deze richtlijn dient als basis voor behandeling van suïcidaliteit.
- Een kwaliteitsdocument 'ketenzorg suïcidaliteit' wordt opgesteld door het Trimbos-instituut in opdracht van GGZ Nederland. Dit kan als basis dienen voor sluitende afspraken tussen lokale zorgverleners.
- Zorgverleners handelen zorgvuldig, het melden van suïcides draagt bij aan kwaliteitsverbetering van GGZ-instellingen (10).

## 6. Preventie van suïcidaliteit: Ontwikkelingen en onderzoek

- Diverse regionale initiatieven streven naar een beter bereik van potentiële doelgroepen. Een systematische werkwijze wordt door het Trimbos-instituut en GGZ Nederland/RIVM in kaart gebracht en beschreven (11, 12).
- Eind 2008 is GGZ Nederland gestart met het uitbrengen van een digitale nieuwsbrief met actuele ontwikkelingen en bijzondere initiatieven op het gebied van suïcidepreventie.
- Suïcide onderzoek hangt in Nederland weinig met elkaar samen. Een quickscan door GGZ Nederland van onderzoek naar suïcide(preventie) biedt een overzicht van 29 onderzoeken en beslaat naar schatting 90% van het totale onderzoek. Het grootste deel richt zich op epidemiologische kenmerken van suïcidaliteit in specifieke doelgroepen (13).
- Prorail doet onderzoek naar de toepasbaarheid van fysieke maatregelen rond het spoor.
- Onderzoek in het Depressie Initiatief (een *diseasemanagement* aanpak) van het Trimbos-instituut richt zich op preventie en effectiviteit van behandelingen van depressie en de uitkomst op het gebied van suïcidaal gedrag. In nauw overleg met de 'European Alliance Against Depression' wordt het effect van een dergelijke aanpak van depressie op suïcides onderzocht (14, 15, 16).





## Referenties

- (1) De Leo, D., Burgis, S., Bertolote, J.M. e.a. (2006). Definitions of suicidal behavior. *Crisis*, 27, 1, 4-15.
- (2) Bool, M., Blekman, J., De Jong, S. e.a. (2007). Verminderen van suïcidaliteit. Beleidsadvies. Utrecht: Trimbos-instituut.
- (3) Ten Have, M., De Graaf, R., Van Dorsselaer, S. e.a. (2006). Suïcidaliteit in de algemene bevolking: gedachten en pogingen. Resultaten van de 'Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study' (NEMESIS). Utrecht: Trimbos-instituut.
- (4) Kerkhof, A.J.F.M., Mulder, S., Draisma, J.A. (2007). Suïcidepogingen behandeld in Nederlandse ziekenhuizen. *Nederlands Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 85, 37-42.
- (5) Bool, M., Majo, C., Smit, F. (2009). Daling suicide in Nederland 2007. Verkenning van achtergronden en verklaringen. Utrecht: Trimbos-instituut.
- (6) Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M. e.a. (2009). The public health effect of economic crisis and alternative policy responses in Europe: An empirical analysis. *Lancet*, 374, 315-323.
- (7) WHO. (2004). For which strategies of suicide prevention is there evidence of effectiveness? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe's Health Evidence network (HEN).
- (8) Van Hemert, A.M., De Kruif, M. (2009). Dalende incidentie van zelfdoding en veranderende methoden. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 153, B384.
- (9) De Groot, M. (2008). Bereaved by suicide. Family-based cognitive-behavior therapy to prevent adverse health consequences among first-degree relatives and spouses. The Netherlands: Rijksuniversiteit Groningen.
- (10) Vons, W., De Ponti, K. (2009). Meldingsprocedure IGZ draagt bij aan kwaliteit. In: Nieuwsbrief suïcidepreventie, nummer 03, juni 2009.
- (11) Bool, M., Romijn, G. (in druk). Regionale aanpak van suïcidepreventie. Analyse en opzet van concrete voorbeelden. Utrecht: Trimbos-instituut.
- (12) GGZ Nederland/RIVM (in druk). Inventarisatie suïcide GGD (werktitlet).
- (13) De Groot, M., Kerkhof, A.J.F.M., De Ponti, K. (2009). Onderzoek naar aspecten van suïcide in Nederland 2008-2012. Een quick scan. Amersfoort: GGZ Nederland.
- (14) Van der Feltz-Cornelis, C.M., Henkelman, A.L.H.M., Walburg J.A. (2006). Het Depressie Initiatief. *Depressie Management in Nederland*. Utrecht: Trimbos instituut.
- (15) Hegerl, U., Wittmann, M., Arensman, M. e.a. (2008). The European Alliance Against Depression (EAAD): A multifaceted, community-based action programme against depression and suicidality. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 9, 51-59.
- (16) Van der Feltz-Cornelis C.M. (2009). Towards integrated primary health care for depressive disorder in the Netherlands. The depression initiative. Guest editorial. *International Journal of Integrated Care*.

## Colofon

**Financiering**  
Ministerie van VWS

**Auteur**  
Marijke Dijkstra

**Redactie**  
Martijn Bool

**Advies**  
Christina van der Feltz-Cornelis,  
Ad Kerkhof, Filip Smit

**Productiebegeleiding**  
Joris Staal

**Omslagontwerp**  
Ladenius Communicatie BV Houten

**Productie**  
Ladenius Communicatie BV Houten

*Deze factsheet is een uitgave van het Programma Publieke Geestelijke Gezondheid, project Landelijk Ondersteuningspunt Preventie (LOP).*

*Deze factsheet en de volgende zijn te downloaden via [www.trimbos.nl](http://www.trimbos.nl):*

- Alcoholpreventie (AF0756)
- Infectieziekten (AF0788)
- Kinderen van ouders met psychische problemen (AF0391)
- Sociale psychiatrie (AF0390)
- Preventie van depressie (AF0392)
- Reflecteren op het eigen leven door reminiscentie (AF0780)

**Artikelnummer: AF0933**

*Deze uitgave is te bestellen via [www.trimbos.nl/webwinkel](http://www.trimbos.nl/webwinkel) onder vermelding van artikelnummer AF0933.*

**Trimbos-instituut**  
Da Costakade 45  
Postbus 725  
3500 AS Utrecht  
T: 030-297 11 00  
F: 030-297 11 11

© 2010, Trimbos-instituut, Utrecht.

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