

Vergaderjaar 2011–2012

**22 894**

## **Preventiebeleid voor de volksgezondheid**

**Nr. 309**

### **BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 10 februari 2012

Hierbij zend ik u, mede namens mijn ambtgenoot van Infrastructuur en Milieu, de Jaarrapportage Vermindering Suïcidaliteit 2011 (Jaarrapportage 2011). De Jaarrapportage 2011 bevat tevens mijn standpunt op het rapport van het Trimbos-instituut «Nieuwe gegevens over suïcidaliteit in de bevolking, resultaten van Nemesis 2» (november 2011). Dit rapport zond ik bij brief van 2 november 2011 (Tweede Kamer, vergaderjaar 2011–2012, 22 894, nr. 304) naar de Tweede Kamer.

Het afgelopen jaar zijn er 1600 personen door suïcide om het leven gekomen. Het aantal personen dat een suïcidepoging heeft ondernomen dat in registraties terecht komt, bedraagt 15 000. Deze aantallen en het persoonlijk leed waarmee een suïcide(poging) gepaard gaat, maken dat ik als Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport de preventie van suïcidaliteit nog steeds zie als een belangrijk onderwerp.

Voor de preventie van suïcidaliteit is een rol voor verschillende partijen weggelegd. Niet alleen worden daarvoor inspanningen verlangd van de rijksoverheid, maar ook van de verschillende beroepsgroepen, van de wetenschap en van de professionals die zich bezighouden met de preventie van suïcidaliteit en ook van andere organisaties, zoals ProRail. Iedere partij vormt een onmisbare schakel in dit proces en heeft daarin zijn eigen verantwoordelijkheid. Vanuit mijn verantwoordelijkheid als Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport wil ik u door middel van de Jaarrapportage 2011 nader informeren over de ontwikkelingen op het gebied van het suïcidepreventiebeleid.

Meer concreet zal ik in de Jaarrapportage 2011 nader ingaan op de volgende onderwerpen: het aantal suïcides (paragraaf 1.1), het aantal geregistreerde suïcidepogingen (paragraaf 1.2), een nieuwe streefnorm c.q. streefcijfer (paragraaf 2), uitwerking van de Beleidsagenda Suïcidepreventie (paragraaf 3), reactie op het Trimbos rapport (paragraaf 4), preventie van suïcides op het spoor (paragraaf 5), actualisering media-

richtlijn Suïcidaliteit (paragraaf 6) en conclusies en volgende jaarrapportages (paragraaf 7).

In de onderhavige jaarrapportage constateer ik dat uitvoering is gegeven aan alle voornemens uit de Beleidsagenda Suïcidepreventie (Tweede Kamer, vergaderjaar 2007–2008, 22 894, nr. 172), maar dat nog wel enkele eindproducten, waaronder de multidisciplinaire richtlijn en het signaleringsinstrument voor suïcidaliteit onder adolescenten, zullen verschijnen.

## 1.1 Het aantal suïcides

**Tabel 1 absoluut aantal suïcides, procentuele toe- of afname en gemiddeld aantal suïcides (Bron Statline CBS d.d 22 augustus 2011).**

	2007	2008	2009	2010
Absoluut aantal suïcides onder alle leeftijden	1 353	1 435	1 524	1 600
Absoluut aantal suïcides onder personen jonger dan 20 jaar	42	34	52	55
Procentuele toe- / afname tov vorig jaar	- 11 procent	+ 6 procent	+ 6 procent	+ 5 procent
aantal suïcides onder <b>mannen</b> per 100 000 inwoners	11, 6 <sup>1</sup>	12,1	13,0	13,7
aantal suïcides onder <b>vrouwen</b> per 100 000 inwoners	5,0	5,4	5,5	5,7

<sup>1</sup> In de Jaarrapportage 2010 (Tweede Kamer, vergaderjaar 2010–2011, 22 894, nr. 296, pag. 2 zijn niet de juiste aantallen suïcides vermeld onder mannen en vrouwen per 100 000 inwoners over de jaren 2006 tot en met 2009. De juiste aantallen zijn vermeld in tabel 1.

Uit bovenstaande tabel blijkt dat het aantal suïcides in 2010 ten opzichte van 2009 is gestegen met 5 procent. Net als de twee voorgaande jaren is het absolute aantal suïcides ten opzichte van het voorgaande jaar gestegen.

In antwoorden op Kamervragen van het lid Van Gerven (SP) over de toename van zelfdodingen (Tweede Kamer, vergaderjaar 2011–2012, Aanshangsel, 121) heb ik aangegeven dat niet alleen in Nederland een stijging is waar te nemen van het aantal suïcides in de afgelopen drie jaren. Als we kijken naar het gemiddelde aantal suïcides per 100 000 inwoners in 27 Europese landen over de jaren 2007 tot en met 2009 dan is er ook sprake van een stijging van het gemiddelde aantal suïcides. De gemiddelde aantallen suïcides van 27 Europese landen zijn over de jaren 2007 tot en met 2009 respectievelijk 9,9, 10,2 en 10,3. De gemiddelde aantallen suïcides in Nederland over de jaren 2007 tot en met 2009 bedragen respectievelijk 7,7, 8,2 en 8,5. (bron.

[http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/public\\_health](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/public_health) van 8 september 2011).

## 1.2 Het aantal geregistreeerde suïcidepogingen

**Tabel 2: gemiddeld aantal medische SEH-behandelingen en ziekenhuisopnames i.v.m. suïcidepogingen per jaar. Bron: Consument en Veiligheid, Suïcidepogingen (oktober 2011).**

Soort opname/behandeling ivm suïcidepoging	2003 tot en met 2007	2004 tot en met 2008	2005 tot en met 2009	2006 tot en met 2010
Gemiddeld aantal ziekenhuisopnames per jaar	9 900	9 800	9 600	9 400
Gemiddeld aantal SEH behandelingen per jaar	15 000	15 000	15 000	15 000

De gemiddelde aantallen geregistreerde suïcidepogingen per jaar die leiden tot een ziekenhuisopname of tot een behandeling in de SEH zijn de afgelopen jaren redelijk stabiel. Indien de vijfjaarsperiode van 2005 tot en met 2009 vergeleken wordt met de vijfjaarsperiode van 2006 tot en met 2010, dan is het gemiddeld aantal ziekenhuisopnames in verband met suïcidepogingen met twee procent gedaald.

## **2. Een nieuw streefcijfer**

In plaats van de term «streefnorm», geef ik de voorkeur aan de term «streefcijfer», nu de norm betrekking heeft op een bepaald percentage suïcides.

In de Jaarrapportage Vermindering suïcidaliteit 2010 heb ik geconstateerd dat het voorlopige streefcijfer van vijf procent per jaar minder suïcides in 2009 niet is gerealiseerd. Hiervoor (paragraaf 1.1) heb ik geconstateerd dat er sprake is van een stijging van vijf procent van het absolute aantal suïcides. Dit betekent dat ik ook helaas over het jaar 2011 moet constateren dat het voorlopige streefcijfer van vijf procent minder suïcides per jaar niet is gehaald.

In de brief van 25 mei 2011 (Tweede Kamer, vergaderjaar 2010–2011, 30 492, nr. 53) heb ik ten behoeve van het bepalen van een nieuw streefcijfer voor de vermindering van het aantal suïcides vermeld dat ik in overleg zal gaan met veldpartijen, zodra de multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling suïcidaal gedrag, beschikbaar is. Het beschikbaar komen van deze richtlijn is helaas al enige tijd vertraagd. Naar aanleiding van deze vertraging heb ik onlangs de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie verzocht mij te informeren over het moment waarop de richtlijn beschikbaar komt onder opgave van de redenen van vertraging. De richtlijn bevindt zich op dit moment in de autorisatiefase en de laatste berichtgeving daarover was dat de richtlijn begin 2012 gereed zou zijn.

Tot die tijd hanteer ik het voorlopige streefcijfer van vijf procent minder suïcides per jaar. Zodra ik een nieuw streefcijfer heb bepaald, zal ik de Tweede Kamer daarover informeren.

## **3. Uitwerking Beleidsagenda Suïcidepreventie**

In de Jaarrapportages Vermindering suïcidaliteit 2009 en 2010 is uiteengezet op welke wijze uitvoering is gegeven aan de uitwerking van alle voornemens uit de Beleidsagenda Suïcidepreventie (Tweede Kamer, vergaderjaar 2007–2008, 22 894, nr. 172).

De voornemens, vermeld in de Beleidsagenda, die nog niet zijn afgerond of waarvan nog producten verschijnen, zijn de multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling en beoordeling suïcidaal gedrag en het signaleringsinstrument voor suïcidaliteit onder jongeren.

De voornemens in de Beleidsagenda Suïcidepreventie die betrekking hebben op deze producten, luiden als volgt:

- De beroepsbeoefenaren zullen moeten beoordelen of er een aparte multidisciplinaire richtlijn voor suïcidaliteit moet worden ontworpen.
- De Minister van VWS zal voorzien in de financiële middelen om een signaleringsinstrument te laten ontwikkelen voor de herkenning van suïcidaliteit bij jongeren.

De uitwerking van het voornemen over de multidisciplinaire richtlijn is in de vorige paragraaf besproken. Over de uitwerking van het voornemen over het signaleringsinstrument bericht ik u het volgende.

Reeds onder mijn voorganger zijn financiële middelen beschikbaar gesteld om een signaleringsinstrument voor suïcidaliteit onder jongeren te ontwikkelen<sup>1</sup>. De ontwikkeling van dit instrument wordt uitgevoerd door de Vrije Universiteit van Amsterdam in het kader van het ZONMw-programma Zorg voor Jeugd. Dit betreft een vierjarig onderzoekstraject. Het signaleringsinstrument is bedoeld om suïcidaliteit onder adolescenten van 12 tot 20 jaar van uiteenlopende culturele achtergronden te signaleren. Het signaleringsinstrument wordt momenteel gevalideerd.

De ontwikkeling van het signaleringsinstrument is gekoppeld aan een suïcidepreventie- en signaleringsprogramma Mental Health Online van de Vrije Universiteit van Amsterdam. Binnen dit programma worden sleutelfiguren van onderwijsinstellingen en medewerkers van het Zorg Advies Teams, via e-learningmodules geschoold in het herkennen van suïcidaliteit en doorgeleiding van deze jongeren met suïcidale problemen naar de hulpverlening.

Naar verwachting is het signaleringsinstrument begin 2013 beschikbaar voor leden van Zorg Advies Teams, schoolbegeleiders, pedagogen, psychologen, vertrouwenspersonen voor scholen in het voortgezet onderwijs, voor hulpverleners in de jeugd(gezondheids)zorg, kinderartsen en GGD-medewerkers.

In de Jaarrapportage Vermindering suïcidaliteit 2010 (Tweede Kamer, vergaderjaar 2010–2011, 22 984, nr. 296) is vermeld dat onderzocht werd of zowel het Kwaliteitsdocument, als de folder bekend zijn en de mate waarin deze documenten worden gebruikt. Uit evaluatie is gebleken dat ongeveer de helft van de doelgroepen bekend zijn met deze documenten. De bekendheid is binnen de ggz groter dan bij de ziekenhuizen. De meningen over de bruikbaarheid van de documenten liepen uiteen. Ik vind het de verantwoordelijkheid van ggz-instellingen om deze producten, die met financiering vanuit het Ministerie van VWS tot stand zijn gekomen, binnen hun organisatie te implementeren en te gebruiken. Ik zal GGZ Nederland vragen om de ggz-instellingen op hun verantwoordelijkheid in deze te wijzen.

Een belangrijke bijdrage aan het suïcidepreventiebeleid wordt geleverd door de dienstverlening door de Stichting 113online aan mensen met suïcidale klachten. De Stichting 113online ontvangt een instellingssubsidie van het Ministerie van VWS. Van groot belang is dat mensen met (acute) suïcidale klachten op anonieme wijze gebruik kunnen maken van de dienstverlening van de Stichting 113online. De hulpverlening aan deze mensen moet vooral laagdrempelig zijn. De noodzaak daarvan wordt bevestigd in het resultaten van het Trimbos-rapport «Nieuwe gegevens over suïcidaliteit in de bevolking, resultaten van Nemesis 2» (november 2011) (zie paragraaf 4). Uit dit onderzoek bleek onder andere dat personen die een suïcidepoging hebben ondernomen, lang niet altijd hulp zochten.

#### **4. Reactie op het Trimbos rapport**

Het Trimbos-rapport «Nieuwe gegevens over suïcidaliteit in de bevolking» is gebaseerd op data uit de eerste meting van Nemesis 2. Deze eerste meting is uitgevoerd in de periode november 2007 tot juli 2009 onder de Nederlandse volwassen bevolking.

Een belangrijke constatering die in het Trimbos-rapport wordt gedaan, is dat de prevalentie van suïcidale gedachten en suïcidepogingen niet zijn veranderd de afgelopen jaren; uit het rapport blijkt dat 8,3 procent van de Nederlanders ooit in hun leven suïcidale gedachten hadden, 3 procent ooit een suïcideplan en 2,2 procent ooit een suïcidepoging heeft gedaan. Deze gegevens komen verder overeen met buitenlands onderzoek. Ook

---

<sup>1</sup> Jaarrapportage Vermindering Suïcidaliteit 2009 (Tweede Kamer, vergaderjaar 2009–2010, 22 894, nr. 251).

stellen de onderzoekers vast dat de gemiddelde leeftijd waarop volwassenen voor het eerst suïcide gedachten ontwikkelen, de leeftijd van 26 jaar is.

Het rapport van het Trimbos-instituut bevat de volgende conclusies:

1. De preventie van suïcidepogingen dient zich (meer) te richten op volwassenen met suïcidale gedachten, omdat een kwart van deze groep later een suïcidepoging onderneemt en driekwart van de pogingen wordt ondernomen kort na het ontstaan van suïcidale gedachten;
2. In onderzoek dient meer aandacht te worden besteed aan het verklaren van het ontwikkelen van suïcidepogingen bij personen met eerste suïcidale gedachten. Daarnaast dient onderzoek zich te richten op de hulpbehoeften van mensen met suïcidale gedachten, omdat een derde van de personen die ooit een suïcidepoging heeft ondernomen daarvoor geen hulp heeft gezocht.

Van belang is om op te merken dat de eerste meting van het Nemesis onderzoek plaatsvond op het moment dat de Beleidsagenda Suïcidepreventie werd uitgebracht (juni 2008).

In reactie op de conclusies van het rapport constateer ik verder dat in het rapport de noodzaak wordt bevestigd dat suïcidepreventie zich vooral dient te richten op personen bij wie het proces van suïcidaliteit is gestart en dus bij personen die te kampen hebben met suïcidale gedachten. Aanbod van suïcidepreventie wordt in de praktijk veelal op regionaal niveau ingevuld, onder meer door GGD'en en door GGZ-instellingen of een specifieke zorgaanbieder, zoals de Stichting 113online. Uit RIVM-rapportage «Suïcidepreventie, aangrijpingspunten voor de publieke gezondheid» (Centrum Gezond Leven, 2010) blijkt dat GGD'en met name activiteiten ondernemen op het gebied van suïcidepreventie, die zich richten op risicogroepen en dan met name onder jongeren en nabestaanden. Preventie is dus in de praktijk veelal gericht op risicogroepen. Punt van aandacht voor de GGD'en zijn wel de overige risicogroepen zoals personen met psychosociale problematiek, genetische kwetsbaarheid en personen die eerder een suïcidepoging hebben gedaan, nu deze nog niet goed worden bereikt, aldus het RIVM. De hulpverlening die de Stichting 113online richt zich op alle risicogroepen en richt zich dus ook op doelgroepen die de stap naar de reguliere zorg nog niet hebben gezet.

In reactie op de tweede conclusie van het Trimbos-rapport merk ik op dat bekend is dat er nog veel onderzoeksvragen zijn over het proces van suïcidaliteit: zo is bijvoorbeeld bekend dat personen met een psychische aandoening een verhoogde kans hebben om suïcidale gedachten te ontwikkelen. Niet bekend is echter bij welke personen die gedachten overgaan in het doen van daadwerkelijk een suïcidepoging of – erger nog – tot een geslaagde suïcide. Uit de «Quickscan Onderzoek naar suïcide in Nederland 2009–2012 van het Trimbos-instituut (2010) blijkt dat er al veel onderzoek plaatsvindt naar suïcidaliteit. Een aantal van deze onderzoeken heeft betrekking op het ontstaan van suïcidaliteit en de preventie daarvan. Dit betreft bijvoorbeeld de interventiestudie<sup>1</sup> naar het verminderen van suïcidale gedachten door cognitief-motivationale behandeling, het onderzoek<sup>2</sup> naar kortdurende behandeling bij zelfbeschadiging en suïcidaal gedrag en het onderzoek<sup>3</sup> Psychologische autopsie van 98 suïcideslachtoffers in Groningen, Friesland en Drenthe van dr. M. de Groot. Alledrie de onderzoeken lopen nog. Samenvattend kan ik constateren dat de conclusies van het rapport van het Trimbos-instituut goed aansluiten op de uitgevoerde voornemens van de Beleidsagenda Suïcidepreventie, te weten de voornemens over de

---

<sup>1</sup> Quickscan Onderzoek naar suïcide in Nederland 2009–2012, nr. 2 (pag. 23).

<sup>2</sup> Quickscan Onderzoek naar suïcide in Nederland 2009–2012, nr. 10 (pag. 30).

<sup>3</sup> Quickscan Onderzoek naar suïcide in Nederland 2009–2012, nr. 12 (pag. 32).

ontwikkeling van het signaleringsinstrument en over de uitbreiding van de Monitors Volwassenen en Ouderen met standaardvraagstellingen over suïcidaliteit.

## 5. Preventie van suïcides op het spoor

	2007	2008	2009	2010
Aantal suïcides op het spoor	193	164	197	201

In 2010 is ProRail gestart met de uitvoering van het Programma Suïcide Preventie (2010–2015), welk programma als doel heeft het aantal suïcides op het spoor terug te brengen. In 2011 heeft dit onder meer geleid tot het treffen van fysieke maatregelen, zoals het plaatsen van hekken en schrikverlichting rond het spoor op risicolocaties in het land en het plaatsen van borden met verwijzing naar hulpverlening door de Stichting 113online. Voor de uitvoering van het programma is in 2012 ruim € 1 miljoen beschikbaar.

## 6. Actualisering mediarijchtlijn Suïcidaliteit

In het najaar van 2011 heb ik de opdracht gegeven om de huidige richtlijn «Suïcide in de media» van de Ivonne van de Venstichting» te actualiseren. Deze actualisatie bevindt zich op dit moment in een laatste fase en in samenwerking met de Ivonne van de Venstichting zal worden gezien op welke wijze de geactualiseerde richtlijn voor de media opnieuw onder de aandacht van journalisten zal worden gebracht.

## 7. Conclusie en volgende jaarrapportages

Met deze Jaarrapportage Vermindering suïcidaliteit 2011 is de uitwerking van de Beleidsagenda Suïcidepreventie geheel afgerond en resteert nog het verschijnen van enkele producten; de multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling suïcidaal gedrag en het signaleringsinstrument voor suïcidaal gedrag onder jongeren. Ook moet er nog een nieuw streefcijfer worden bepaald.

De komende Jaarrapportages Vermindering Suïcidaliteit zullen vanaf 2012 met name gericht zijn op het aantal suïcides en het aantal suïcideopgingen en het beschikbaar komen van de genoemde producten.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
E. I. Schippers