

Vergaderjaar 2012–2013

22 894

Preventiebeleid voor de volksgezondheid

Nr. 313

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 20 maart 2013

Hierbij zend ik u, mede namens mijn ambtgenoot van Infrastructuur en Milieu, de Jaarrapportage Vermindering Suïcidaliteit 2012 (Jaarrapportage 2012).

In de Jaarrapportage Vermindering suïcidaliteit 2011 (Tweede Kamer, vergaderjaar 2011–2012, 22 894, nr. 309) heb ik vermeld dat de Jaarrapportages vanaf 2012 met name gericht zullen zijn op het aantal suïcides en het aantal suïcidepogingen, alsmede op het verschijnen van nog enkele producten die waren aangekondigd in de Beleidsagenda Suïcidepreventie en de eerdere Jaarrapportages.

In deze Jaarrapportage zal ik ingaan op de volgende onderwerpen: het aantal suïcides (paragraaf 1.1), het aantal geregistreerde suïcidepogingen (paragraaf 1.2), een nieuw streefcijfer (paragraaf 2), eindproducten van de Beleidsagenda suïcidepreventie (paragraaf 3), resultaten van het rapport Psychologische autopsie (paragraaf 4), preventie van suïcides op het spoor (paragraaf 5) en actualisering van de mediarijcklijn (paragraaf 6).

1.1 Het aantal suïcides

Tabel 1 absoluut aantal suïcides, procentuele toe- of afname en gemiddeld aantal suïcides (Bron Statline CBS d.d. 23 januari 2013).

| | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Absoluut aantal suïcides onder alle leeftijden | 1435 | 1524 | 1600 | 1647 |
| Absoluut aantal suïcides onder personen jonger dan 20 jaar | 34 | 52 | 55 | 44 |
| Procentuele toe-/afname tov vorig jaar | + 6 procent | + 6 procent | + 5 procent | + 3 procent |
| Aantal suïcides per 100.000 inwoners | 8,7 | 9,2 | 9,7 | 9,9 |
| Aantal suïcides onder mannen per 100.000 inwoners | 12,1 | 13,0 | 13,7 | 13,7 |

| | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|---|------|------|------|------|
| Aantal suïcides onder vrouwen per 100.000 inwoners | 5,4 | 5,5 | 5,7 | 6,1 |

Uit de tabel blijkt dat het absolute aantal suïcides in 2011 ten opzichte van 2010 is gestegen met 3 procent. Deze stijging is minder dan de stijging in het jaar 2010. In dit verband verwijs ik tevens naar mijn antwoorden op vragen van de leden Voordewind (ChristenUnie), Leijten (SP), Bouwmeester (PvdA), Van der Staaij (SGP) en Bruins Slot (CDA) over het toegenomen aantal zelfdodingen (Tweede Kamer, Vergaderjaar 2012–2013, Aanhangsel 258), waarin ik bericht dat eveneens het gemiddeld aantal suïcides (per 100.000 inwoners) licht is gestegen.

Europees gezien is eveneens sprake van een (lichte) stijging van het gemiddeld aantal suïcides, alhoewel het gemiddelde aantal over 2010 lager ligt dan over 2009. De gemiddelde aantallen suïcides van 27 Europese landen over de jaren 2008 tot en met 2010 zijn respectievelijk 10,1, 10,4 en 10,2 (bron: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/public_health/data_public_health/main_tables, d.d. 30 januari 2013).

1.2 Het aantal geregistreerde suïcidepogingen

Tabel 2: gemiddeld aantal medische SEH-behandelingen en ziekenhuisopnames i.v.m. suïcidepogingen per jaar. Bron: VeiligheidNL (voorheen Consument en Veiligheid).

| Soort opname/ behandeling ivm suïcidepoging | 2004 tot en met 2008 | 2005 tot en met 2009 | 2006 tot en met 2010 | 2007 tot en met 2011 | 2011 |
|---|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|--------|
| Gemiddeld aantal ziekenhuisopnames per jaar | 9.800 | 9.600 | 9.400 | 9.500 | 10.000 |
| Gemiddeld aantal SEH behandelingen per jaar | 15.000 | 15.000 | 15.000 | 15.000 | 16.000 |

Met ingang van 2012 rapporteert VeiligheidNL alleen nog maar jaarlijkse cijfers. Het aantal ziekenhuisopnames over 2011 is afgerond 10.000 en het aantal SEH-behandelingen is 16.000. In de volgende Jaarrapportages zullen de jaarlijkse cijfers worden gerapporteerd. VeiligheidNL bericht daarnaast nog of er sprake is van een stijging of daling in de vijfjaarsperiode en of deze statistisch significant is of niet. Over de periode 2007 tot en met 2011 rapporteert VeiligheidNL dat er geen statistisch significante stijgende of dalende trend is te constateren (VeiligheidNL, Letsels: Kerncijfers 2011, tabel 6).

2. Een nieuw streefcijfer

Op dit moment geldt een voorlopig streefcijfer van vijf procent minder suïcides per jaar. Het gaat hier om het absolute aantal suïcides dat met vijf procent per jaar moet afnemen. Mijn voorganger heeft dit voorlopige streefcijfer in 2008 ingesteld (Tweede Kamer, vergaderjaar 2008–2009, 22 894, nr. 192) en het was de bedoeling na het verschijnen van de multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag¹ met een definitief streefcijfer te komen. Uit tabel 1 blijkt dat dit voorlopige streefcijfer de afgelopen jaren niet reëel is geweest. In de ons

¹ Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag, A.M. van Hemert e.a., De Tijdstroom, Utrecht.

omringende landen gelden er, voor zover er al streefcijfers worden gehanteerd, lagere streefcijfers dan het voorlopige streefcijfer dat wij hanteren.

Na het beschikbaar komen van de multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag, welke richtlijn in de zomer van 2012 is gepubliceerd, ben ik in overleg getreden met de betrokken veldpartijen (de Stichting 113online, de Ivonne van de Ven Stichting, GGZ Nederland, de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, het Landelijk Platform GGZ en het Nederlandse Instituut van Psychologen) over het vaststellen van een nieuw streefcijfer. In vervolg daarop heb ik de Vrije Universiteit (VU), afdeling klinische psychologie, verzocht een advies uit te brengen over een meer definitief streefcijfer. Onlangs heeft de VU het advies hierover uitgebracht.

Dit advies luidt als volgt: «Het beleid inzake suicidepreventie zou ertoe moeten leiden dat ieder jaar het gemiddeld aantal suïcides per jaar, gemeten over de afgelopen vijf jaar, in Nederland minstens met 1 procent afneemt. Maar eerst moet de stijgende lijn in het aantal suïcides worden omgebogen».

In het advies zijn ook een viertal maatregelen voorgesteld teneinde de omhooggaande trend en de afname van 1 procent per jaar, te bereiken. De maatregelen die worden voorgesteld, hebben betrekking op suïcides op het spoor, training van gatekeepers² en van professionals in de gezondheidszorg en in de financiële sector.

Ik deel de motivering in het advies dat ombuiging van de stijgende trend de afgelopen jaren in het aantal suïcides in een neerwaartse richting reeds een ambitieuze doelstelling is. Dit gezien de omstandigheid dat de gemiddelde afname in de periode 1984 tot 2007 minder dan 1 procent was. Daar komt bij dat sinds 2008 het aantal suïcides jaarlijks met drie tot zes procent is gestegen.

Een belangrijk winstpunt in dit voorgestelde streefcijfer is dat het minder aan jaarlijkse schommelingen onderhevig is, omdat het wordt gemeten over een gemiddeld aantal suïcides van de afgelopen vijf jaar. Ook is de hoogte van het streefcijfer realistischer, gelet op de andere internationale streefcijfers, en de stijgende trend van het aantal suïcides de afgelopen jaren.

Over de voorgestelde maatregelen in het advies wil ik opmerken dat ik het van belang vind erop te wijzen dat er de afgelopen jaren reeds belangrijke stappen zijn gezet richting een sterker suicidepreventiebeleid. Ook deze stappen zullen naar verwachting op termijn een bijdrage leveren aan het ombuigen van de stijgende trend van het aantal suïcides.

Ik ben voornemens het advies en de daarin voorgestelde maatregelen op korte termijn met betrokken veldpartijen en het Ministerie van Infrastructuur en Milieu en ProRail te bespreken. Vervolgens zal ik u van het nieuwe nog vast te stellen streefcijfer op de hoogte stellen.

3. Eindproducten van de Beleidsagenda suicidepreventie

In Jaarrapportage van vorig jaar was vermeld dat de Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag, nog niet was afgerond. Inmiddels is deze multidisciplinaire richtlijn³ in de zomer van 2012 verschenen. De richtlijn is een product van de Nederlandse

² Gatekeepers zijn personen die vanuit hun beroep of andere activiteiten in staat zijn de eerste signalen van suicidaliteit te herkennen. Dit zijn o.a. pastores, maatschappelijk werkers, leerkrachten en medewerkers van sociale diensten.

³ Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag, A.M. van Hemert e.a., De Tijdstroom, Utrecht.

Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V & VN).

De minister voor Immigratie, Integratie en Asiel heeft tijdens een debat met de Tweede Kamer over psychische problemen en suïcide bij vreemdelingen, toegezegd dat de Tweede Kamer geïnformeerd wordt over de voortgang van de implementatie van de multidisciplinaire richtlijn. In mijn brief aan de Tweede Kamer over deze toezegging (Tweede Kamer, vergaderjaar 2012–2013, 19 637, nr. 1585), breng ik nogmaals onder de aandacht dat implementatie van de richtlijn, zoals gebruikelijk, de primaire verantwoordelijkheid is van betrokken veldpartijen.

Om implementatie te bevorderen heeft het Trimbos – instituut op verzoek van het ministerie van VWS – een Landelijk Implementatieplan⁴ opgesteld. Op dit moment ben ik in overleg met ZONMw, het Trimbos – instituut en de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie over de mogelijkheden voor de uitvoering van dit implementatieplan.

Een eindproduct van de Beleidsagenda dat nog niet is afgerond betreft het signaleringsinstrument voor het signaleren van suïcidale problemen onder jongeren. In 2012, gedurende de looptijd van het onderzoek, is duidelijk geworden dat het signaleringsinstrument beperkt bruikbaar zal zijn voor de categorie jongeren tussen de 12 en 18 jaar. Dit omdat voor deze jongeren toestemming van de ouders is vereist.

Het signaleringsinstrument zal met name geschikt zijn voor naar de GGZ-verwezen jongeren tussen de 12 en 18 jaar en voor jongeren van 18 jaar en ouder. Naar verwachting zal het instrument medio 2013 gereed zijn.

4. Resultaten van het rapport Psychologische autopsie⁵

In mijn brief aan de Tweede Kamer van 4 juni 2012 (Tweede Kamer, vergaderjaar 2011–2012, 32 793, nr. 54) is vermeld dat de resultaten van het dit rapport zullen worden meegenomen in de onderhavige Jaarrapportage.

Het onderzoek is uitgevoerd door het Universitair Medisch Centrum Groningen en het betreft een studie van 98 personen uit Groningen, Friesland en Drenthe die in de periode 1 januari 1999 en 1 januari 2003 overleden zijn door suïcide. In deze studie (psychologische autopsie) is de aanloop naar en de beweegredenen voor suïcide onderzocht onder 98 personen die door suïcide om het leven zijn gekomen. Centaal stond de vraag of er verschillen zijn tussen de mensen die wel en die geen zorg ontvingen voordat zij suïcide pleegden. Van deze personen zijn in totaal 206 familieleden en naasten geïnterviewd.

In deze psychologische autopsie werd een indeling gemaakt in vier verschillende klassen van de personen die suïcide hadden gepleegd. In de klassen werd onderscheid gemaakt tussen personen die psychische problemen hadden en die wel of geen (ggz)zorg hadden ontvangen. De oorzaak die genoemd is door familieleden en naasten voor de suïcide is verschillend bij de verschillende klassen en ook verschillend is of de suïcide min of meer onverwacht heeft plaatsgevonden.

⁴ Trimbos, Landelijk Multidisciplinaire Richtlijn Diagnostiek en Behandeling van Suïcidaal Gedrag: Contact Maken!, 2012.

⁵ Psychologische autopsie studie van 98 personen uit Groningen, Friesland en Drenthe overleden door suïcide, Universitair Medisch Centrum Groningen, 5 mei 2012.

In het onderzoek wordt gesteld dat de uitkomsten van de verschillende klassen met voorzichtigheid geïnterpreteerd moeten worden omdat de typering van de vier klassen voorlopig als hypothetisch beschouwd moeten worden. Een voorzichtige conclusie die uit dit onderzoek getrokken kan worden is dat differentiatie van preventieve maatregelen gericht op specifieke kenmerken van personen met suïcidaal gedrag, zinvol zou kunnen zijn. Een herhaling van dit type onderzoek zou een meer specifiek beeld moeten opleveren van de verschillende typen suïcidanten. De resultaten van het onderzoek zijn nog te prematuur en te hypothetisch om op dit moment verdere beleidsmaatregelen te treffen, maar geven wel richting aan eventueel vervolgonderzoek.

5. Preventie van suïcides op het spoor

| | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|-------------------------------------|------|------|------|------|
| Aantal suïcides op het spoor | 164 | 197 | 201 | 215 |

In 2010 is ProRail gestart met de uitvoering van het Programma Suïcide Preventie (2010–2015). Dit programma heeft als doel het aantal suïcides op het spoor terug te dringen.

In 2012 heeft de spoorsector extra aandacht besteed aan de uitvoering van maatregelen om het aantal gevallen van suïcides op het spoor te verminderen. Hierbij valt te denken aan fysieke maatregelen, zoals de plaatsing van hekwerken, camera's en schrikverlichting op risicolocaties en zogeheten «zachte maatregelen» als een mediastrategie en het plaatsen van borden waarop wordt aangegeven waar (anonieme) hulp gevonden kan worden. In de brief van 9 juli 2012 (Tweede Kamer, vergaderjaar 2011–2012, 29 893, nr. 135) is dit gemeld aan de Tweede Kamer. Voor de uitvoering van het programma is in 2013 € 3,6 miljoen beschikbaar.

6. Actualisering mediarijchtlijn

In 2012 heeft de Ivonne van de Ven Stichting de mediarijchtlijn «Suïcide in de media, een richtlijn», geactualiseerd en meer praktisch vormgegeven in de mediarijchtlijn »10 tips voor journalisten». De mediarijchtlijn is geplaatst op de website van de Ivonne van de Ven Stichting (<http://www.ivonnevandevenstichting.nl/docs/10tips2.pdf>). Deze geactualiseerde versie van de mediarijchtlijn biedt beknopte en praktische informatie ten behoeve van berichtgeving over suïcides in de media.

De Ivonne van de Ven Stichting heeft onlangs de redacties van landelijke en regionale dagbladen en omroepverenigingen geïnformeerd over de geactualiseerde mediarijchtlijn.

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